

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:
2674204920200325162359

Processo 0807884-06.2020.8.23.0010 ☆ - (14 dia(s) em tramitação)

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

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
⊖ 11	25/03/2020 16:23:59	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/03/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
11.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2706924CONTESTACAO01.pdf Público
11.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2706924CONTESTACAOAnexo02 1.pdf Público
11.3	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2706924CONTESTACAOAnexo02 2.pdf Público
11.4	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf Público
10	17/03/2020 16:18:45	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 17/03/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/03/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
9	16/03/2020 20:55:45	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de SYGRID TALITA DE SOUSA MARTINS) em 16/03/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/03/2020) e ao evento de expedição seq. 8.	Wallyson Barbosa Moura Advogado
8	16/03/2020 16:58:53	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de SYGRID TALITA DE SOUSA MARTINS com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/03/2020)	RAFAEL DE ALMEIDA COSTA Analista Judiciário
7	16/03/2020 16:58:53	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/03/2020)	RAFAEL DE ALMEIDA COSTA Analista Judiciário
⊕ 6	11/03/2020 16:00:30	CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE	Rodrigo Bezerra Delgado Magistrado
5	10/03/2020 17:29:04	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	10/03/2020 17:29:03	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	10/03/2020 17:29:03	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	10/03/2020 17:29:03	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 3ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
⊕ 1	10/03/2020 17:29:03	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08078840620208230010

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 **SYGRID TALITA DE SOUSA MARTINS**, 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 **25/08/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **25/11/2019**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão espositiva 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 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.

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;

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)

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Número: 3200051029	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS	Data do acidente: 25/08/2019	Seguradora: ARUANA SEGUROADORA S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 04/02/2020				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. PG17				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.				
Sequelas: Com seqela				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.				
Documentos complementares:				
Observações:				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **25/08/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	11/02/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000008153-7

Nr. da Autenticação 4C7D42AB9E0E07BC

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.

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.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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.

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

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.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 20 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					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	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 **SYGRID TALITA DE SOUSA MARTINS**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08078840620208230010.

Rio de Janeiro, 20 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

NOVEMBRO/2019

21/12/2019

278

242,09

MARIA FERREIRA DE SOUZA

CPF: 0006741/3400-3

R. JOSE MARTINS S NETO 1511 - SENADOR HELIO CAMPOS

CEP: 69.316-603 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 278	Atual: 07/11/2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 0000	Anterior: 10-10-2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Unidade de consumo: 278	Forma de leitura: 12-2019	Ligação: BIFASICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 08-11-2019	Número Medidor: T00122279
Consumo medido: 278	Apresentação: 07/11/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 278		Modelo de: R 1409468

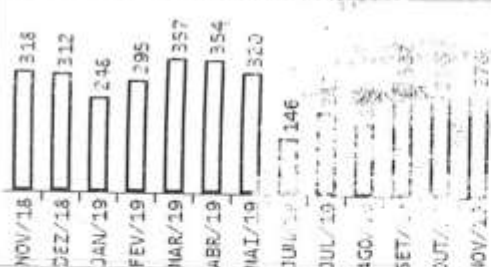
CONSUMO
ILUMINACAO PUBLICA

278 A R\$ 0,780088 = 216,86
25,23

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 278 - 0,630407

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

Unidade Consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 22/11/2019. O não pagamento poderá anular também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Men. An. Valor R\$
09/2019 250,06

PARCEIRO DIGNO, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 15.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA PUBL. BENS. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 E 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA T. (R\$) - R\$		BASE DE CÁLCULO DA T. (R\$) - R\$	
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA VALOR
137,26	Tributos: 4,06	ICMS:	17,00% 23,33
Transmissão: 51,64	41,68	PIS:	17,00% 23,33
0,00		COFINS:	0,20% 0,82
		IRPJ:	0,00%

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Limite	Realizado	Limite	Realizado	Limite	Realizado	Limite	Realizado
8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	

Conjunta 0,00 0,00 de expurgação: 0,00 USD

DISTRITO

09/2019

99,08

RORAIMA ENERGIA

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ezequiel, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 28.002.022-3

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

0075246-0

242,09

MES FATURADO

VENCIMENTO

11/2019

21/12/2019

Nº da Nota Fiscal

3984002

FCAM*

83640000002 9 42090075000 1 000000000075 2 24601119008 8



SEQ.: 0132 UC: 0075246-0 DT. LEIT.: 07/11/2019 T. ENTR.: 04
LEITURA: 7168 NORMAL TOTAL: 242,09 CARGA: 019
DT. VENC.: 21/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4061

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal

003301566

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

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	06/08/2019	267	237,56

ELIETE ARAUJO DA SILVA
R. CC 11 294 LAURA MOREIRA
CPF: 00035469900215
CEP: 69.318-050 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.01.291200

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	37543	Atual:	23/07/2019
Anterior:	37276	Anterior:	21/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	23/08/2019
Consumo Medido:	267	Emissão:	22/07/2019
Consumo Faturado:	267	Apresentação:	23/07/2019
	FCAN		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	126006955 H-24-1802		1-1-1-2	738

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 147	CONSUMO 267 A R\$ 0,8402 = 204,14
MAI/19 212	CORREÇÃO MONETARIA DA 05/19-00 0,04
ABR/19 239	CORREÇÃO MONETARIA IG 05/19-00 0,88
MAR/19 182	MULTA POR ATRASO DE J 05/19-00 1,56
FEV/19 170	JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00 0,29
JAN/19 294	MULTA POR ATRASO 05/19-00 3,27
DEZ/18 210	JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00 1,85
NOV/18 280	ILUMINACAO PUBLICA 25,53
OUT/18 292	
SET/18 229	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
U A 267 - 0,634626	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Mes/Ano	Valor R\$
06/2019	148,63
LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGAMENTO EM ATÉ 16/07/20	

RESERVADO AO FISCO DE75.C105.6B3A.03DA.50B9.E3EB.AB69.3F13

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	52,45	Base de Cálculo:	204,14
Energia:	111,22	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	34,70
Encargos:	5,77	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	34,70	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
6,55			13,00			1,13	

DISTRITO 05/2019 69,55

ROT: 7.001.28.01.291200

RORAIMA ENERGIA	SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
	0070349-4	237,56
	MÊS FATURADO	VENCIMENTO
	07/2019	06/08/2019
Roraima Energia S.A. Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44 Insc. Estadual: 24.007.022-3	Nº da Nota Fiscal:	003301566 FCAN

83620000002 1 375600/5000 0 000000000/0 3 34940/19008 2



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 William Gonçalves Franco inscrito (a) no CPF 825.396.343 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sygrida Talita de Souza Martins inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.220.952 / 07, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Sygrida Talita de Souza Martins inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.220.952 / 07, 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
CC. 11		294	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
lauro mouro	Boa Vista	RR	69031050
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			993333855

Boa Vista, 18 de dezembro de 19
Local e Data

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

475

Ortopedia Dr. Vagner

Pacient V. L. de la heune Antonio Almeida (D)
yes accidente de moto ha 72 horas

S.I.C
Eff do + deformidade clavicula

Rx fractura clavicula (D)

H.O 0 mm

L.O melhora + melhoras
Internadas

Dr. Odinachi Ottemur
Medico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 765148

20128517

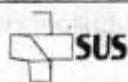


SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS
FEM 24A 17/09/2019 13:33:24
PAAR SALA DE COLETA

NIR

Anexo I

Transf: 22/09/19



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO 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

Masc. ☐ 1Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura da Costela (D)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento Cirúrgico

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

RX + Ex. Físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de Costela Direita

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Ortopedia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Rogério

17/09/19

Dr. Rogério Rezende

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

21/9/19

0308010019

T068

5420

V299

005

PR-114.
T-36,4c

Naide Oliveira
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 785.000

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: Sygnid T. Silva de Souza Unaniam					
AGNOSTIC: Px Comicial					
ALERGIAS		PAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		DATA	29/09/20	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SF 0,9% 500ML EV QD				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SIN				SN 20:30
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA NTE				06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUPINA 10 MG + 100ML SOL 0,1% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h NTE				14:00 22:00 06:00
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 3/8H SN				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H 3 grupos				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
13	SSVV - 3000 6/3 H				Retina
14	CURATIVO DIÁRIO				curativo
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

SE NECESSÁRIO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORMES ESQUEMA:
200-250-300-350-400-450-500-550-600-650-700-750-800-850-900-950-1000-1050-1100-1150-1200-1250-1300-1350-1400-1450-1500-1550-1600-1650-1700-1750-1800-1850-1900-1950-2000-2050-2100-2150-2200-2250-2300-2350-2400-2450-2500-2550-2600-2650-2700-2750-2800-2850-2900-2950-3000-3050-3100-3150-3200-3250-3300-3350-3400-3450-3500-3550-3600-3650-3700-3750-3800-3850-3900-3950-4000-4050-4100-4150-4200-4250-4300-4350-4400-4450-4500-4550-4600-4650-4700-4750-4800-4850-4900-4950-5000-5050-5100-5150-5200-5250-5300-5350-5400-5450-5500-5550-5600-5650-5700-5750-5800-5850-5900-5950-6000-6050-6100-6150-6200-6250-6300-6350-6400-6450-6500-6550-6600-6650-6700-6750-6800-6850-6900-6950-7000-7050-7100-7150-7200-7250-7300-7350-7400-7450-7500-7550-7600-7650-7700-7750-7800-7850-7900-7950-8000-8050-8100-8150-8200-8250-8300-8350-8400-8450-8500-8550-8600-8650-8700-8750-8800-8850-8900-8950-9000-9050-9100-9150-9200-9250-9300-9350-9400-9450-9500-9550-9600-9650-9700-9750-9800-9850-9900-9950-10000-10050-10100-10150-10200-10250-10300-10350-10400-10450-10500-10550-10600-10650-10700-10750-10800-10850-10900-10950-11000-11050-11100-11150-11200-11250-11300-11350-11400-11450-11500-11550-11600-11650-11700-11750-11800-11850-11900-11950-12000-12050-12100-12150-12200-12250-12300-12350-12400-12450-12500-12550-12600-12650-12700-12750-12800-12850-12900-12950-13000-13050-13100-13150-13200-13250-13300-13350-13400-13450-13500-13550-13600-13650-13700-13750-13800-13850-13900-13950-14000-14050-14100-14150-14200-14250-14300-14350-14400-14450-14500-14550-14600-14650-14700-14750-14800-14850-14900-14950-15000-15050-15100-15150-15200-15250-15300-15350-15400-15450-15500-15550-15600-15650-15700-15750-15800-15850-15900-15950-16000-16050-16100-16150-16200-16250-16300-16350-16400-16450-16500-16550-16600-16650-16700-16750-16800-16850-16900-16950-17000-17050-17100-17150-17200-17250-17300-17350-17400-17450-17500-17550-17600-17650-17700-17750-17800-17850-17900-17950-18000-18050-18100-18150-18200-18250-18300-18350-18400-18450-18500-18550-18600-18650-18700-18750-18800-18850-18900-18950-19000-19050-19100-19150-19200-19250-19300-19350-19400-19450-19500-19550-19600-19650-19700-19750-19800-19850-19900-19950-20000-20050-20100-20150-20200-20250-20300-20350-20400-20450-20500-20550-20600-20650-20700-20750-20800-20850-20900-20950-21000-21050-21100-21150-21200-21250-21300-21350-21400-21450-21500-21550-21600-21650-21700-21750-21800-21850-21900-21950-22000-22050-22100-22150-22200-22250-22300-22350-22400-22450-22500-22550-22600-22650-22700-22750-22800-22850-22900-22950-23000-23050-23100-23150-23200-23250-23300-23350-23400-23450-23500-23550-23600-23650-23700-23750-23800-23850-23900-23950-24000-24050-24100-24150-24200-24250-24300-24350-24400-24450-24500-24550-24600-24650-24700-24750-24800-24850-24900-24950-25000-25050-25100-25150-25200-25250-25300-25350-25400-25450-25500-25550-25600-25650-25700-25750-25800-25850-25900-25950-26000-26050-26100-26150-26200-26250-26300-26350-26400-26450-26500-26550-26600-26650-26700-26750-26800-26850-26900-26950-27000-27050-27100-27150-27200-27250-27300-27350-27400-27450-27500-27550-27600-27650-27700-27750-27800-27850-27900-27950-28000-28050-28100-28150-28200-28250-28300-28350-28400-28450-28500-28550-28600-28650-28700-28750-28800-28850-28900-28950-29000-29050-29100-29150-29200-29250-29300-29350-29400-29450-29500-29550-29600-29650-29700-29750-29800-29850-29900-29950-30000-30050-30100-30150-30200-30250-30300-30350-30400-30450-30500-30550-30600-30650-30700-30750-30800-30850-30900-30950-31000-31050-31100-31150-31200-31250-31300-31350-31400-31450-31500-31550-31600-31650-31700-31750-31800-31850-31900-31950-32000-32050-32100-32150-32200-32250-32300-32350-32400-32450-32500-32550-32600-32650-32700-32750-32800-32850-32900-32950-33000-33050-33100-33150-33200-33250-33300-33350-33400-33450-33500-33550-33600-33650-33700-33750-33800-33850-33900-33950-34000-34050-34100-34150-34200-34250-34300-34350-34400-34450-34500-34550-34600-34650-34700-34750-34800-34850-34900-34950-35000-35050-35100-35150-35200-35250-35300-35350-35400-35450-35500-35550-35600-35650-35700-35750-35800-35850-35900-35950-36000-36050-36100-36150-36200-36250-36300-36350-36400-36450-36500-36550-36600-36650-36700-36750-36800-36850-36900-36950-37000-37050-37100-37150-37200-37250-37300-37350-37400-37450-37500-37550-37600-37650-37700-37750-37800-37850-37900-37950-38000-38050-38100-38150-38200-38250-38300-38350-38400-38450-38500-38550-38600-38650-38700-38750-38800-38850-38900-38950-39000-39050-39100-39150-39200-39250-39300-39350-39400-39450-39500-39550-39600-39650-39700-39750-39800-39850-39900-39950-40000-40050-40100-40150-40200-40250-40300-40350-40400-40450-40500-40550-40600-40650-40700-40750-40800-40850-40900-40950-41000-41050-41100-41150-41200-41250-41300-41350-41400-41450-41500-41550-41600-41650-41700-41750-41800-41850-41900-41950-42000-42050-42100-42150-42200-42250-42300-42350-42400-42450-42500-42550-42600-42650-42700-42750-42800-42850-42900-42950-43000-43050-43100-43150-43200-43250-43300-43350-43400-43450-43500-43550-43600-43650-43700-43750-43800-43850-43900-43950-44000-44050-44100-44150-44200-44250-44300-44350-44400-44450-44500-44550-44600-44650-44700-44750-44800-44850-44900-44950-45000-45050-45100-45150-45200-45250-45300-45350-45400-45450-45500-45550-45600-45650-45700-45750-45800-45850-45900-45950-46000-46050-46100-46150-46200-46250-46300-46350-46400-46450-46500-46550-46600-46650-46700-46750-46800-46850-46900-46950-47000-47050-47100-47150-47200-47250-47300-47350-47400-47450-47500-47550-47600-47650-47700-47750-47800-47850-47900-47950-48000-48050-48100-48150-48200-48250-48300-48350-48400-48450-48500-48550-48600-48650-48700-48750-48800-48850-48900-48950-49000-49050-49100-49150-49200-49250-49300-49350-49400-49450-49500-49550-49600-49650-49700-49750-49800-49850-49900-49950-50000-50050-50100-50150-50200-50250-50300-50350-50400-50450-50500-50550-50600-50650-50700-50750-50800-50850-50900-50950-51000-51050-51100-51150-51200-51250-51300-51350-51400-51450-51500-51550-51600-51650-51700-51750-51800-51850-51900-51950-52000-52050-52100-52150-52200-52250-52300-52350-52400-52450-52500-52550-52600-52650-52700-52750-52800-52850-52900-52950-53000-53050-53100-53150-53200-53250-53300-53350-53400-53450-53500-53550-53600-53650-53700-53750-53800-53850-53900-53950-54000-54050-54100-54150-54200-54250-54300-54350-54400-54450-54500-54550-54600-54650-54700-54750-54800-54850-54900-54950-55000-55050-55100-55150-55200-55250-55300-55350-55400-55450-55500-55550-55600-55650-55700-55750-55800-55850-55900-55950-56000-56050-56100-56150-56200-56250-56300-56350-56400-56450-56500-56550-56600-56650-56700-56750-56800-56850-56900-56950-57000-57050-57100-57150-57200-57250-57300-57350-57400-57450-57500-57550-57600-57650-57700-57750-57800-57850-57900-57950-58000-58050-58100-58150-58200-58250-58300-58350-58400-58450-58500-58550-58600-58650-58700-58750-58800-58850-58900-58950-59000-59050-59100-59150-59200-59250-59300-59350-59400-59450-59500-59550-59600-59650-59700-59750-59800-59850-59900-59950-60000-60050-60100-60150-60200-60250-60300-60350-60400-60450-60500-60550-60600-60650-60700-60750-60800-60850-60900-60950-61000-61050-61100-61150-61200-61250-61300-61350-61400-61450-61500-61550-61600-61650-61700-61750-61800-61850-61900-61950-62000-62050-62100-62150-62200-62250-62300-62350-62400-62450-62500-62550-62600-62650-62700-62750-62800-62850-62900-62950-63000-63050-63100-63150-63200-63250-63300-63350-63400-63450-63500-63550-63600-63650-63700-63750-63800-63850-63900-63950-64000-64050-64100-64150-64200-64250-64300-64350-64400-64450-64500-64550-64600-64650-64700-64750-64800-64850-64900-64950-65000-65050-65100-65150-65200-65250-65300-65350-65400-65450-65500-65550-65600-65650-65700-65750-65800-65850-65900-65950-66000-66050-66100-66150-66200-66250-66300-66350-66400-66450-66500-66550-66600-66650-66700-66750-66800-66850-66900-66950-67000-67050-67100-67150-67200-67250-67300-67350-67400-67450-67500-67550-67600-67650-67700-67750-67800-67850-67900-67950-68000-68050-68100-68150-68200-68250-68300-68350-68400-68450-68500-68550-68600-68650-68700-68750-68800-68850-68900-68950-69000-69050-69100-69150-69200-69250-69300-69350-69400-69450-69500-69550-69600-69650-69700-69750-69800-69850-69900-69950-70000-70050-70100-70150-70200-70250-70300-70350-70400-70450-70500-70550-70600-70650-70700-70750-70800-70850-70900-70950-71000-71050-71100-71150-71200-71250-71300-71350-71400-71450-71500-71550-71600-71650-71700-71750-71800-71850-71900-71950-72000-72050-72100-72150-72200-72250-72300-72350-72400-72450-72500-72550-72600-72650-72700-72750-72800-72850-72900-72950-73000-73050-73100-73150-73200-73250-73300-73350-73400-73450-73500-73550-73600-73650-73700-73750-73800-73850-73900-73950-74000-74050-74100-74150-74200-74250-74300-74350-74400-74450-74500-74550-74600-74650-74700-74750-74800-74850-74900-74950-75000-75050-75100-75150-75200-75250-75300-75350-75400-75450-75500-75550-75600-75650-75700-75750-75800-75850-75900-75950-76000-76050-76100-76150-76200-76250-76300-76350-76400-76450-76500-76550-76600-76650-76700-76750-76800-76850-76900-76950-77000-77050-77100-77150-77200-77250-77300-77350-77400-77450-77500-77550-77600-77650-77700-77750-77800-77850-77900-77950-78000-78050-78100-78150-78200-78250-78300-78350-78400-78450-78500-78550-78600-78650-78700-78750-78800-78850-78900-78950-79000-79050-79100-79150-79200-79250-79300-79350-79400-79450-79500-79550-79600-79650-79700-79750-79800-79850-79900-79950-80000-80050-80100-80150-80200-80250-80300-80350-80400-80450-80500-80550-80600-80650-80700-80750-80800-80850-80900-80950-81000-81050-81100-81150-81200-81250-81300-81350-81400-81450-81500-81550-81600-81650-81700-81750-81800-81850-81900-81950-82000-82050-82100-82150-82200-82250-82300-82350-82400-82450-82500-82550-82600-82650-82700-82750-82800-82850-82900-82950-83000-83050-83100-83150-83200-83250-83300-83350-83400-83450-83500-83550-83600-83650-83700-83750-83800-83850-83900-83950-84000-84050-84100-84150-84200-84250-84300-84350-84400-84450-84500-84550-84600-84650-84700-84750-84800-84850-84900-84950-85000-85050-85100-85150-85200-85250-85300-85350-85400-85450-85500-85550-85600-85650-85700-85750-85800-85850-85900-85950-86000-86050-86100-86150-86200-86250-86300-86350-86400-86450-86500-86550-86600-86650-86700-86750-86800-86850-86900-86950-87000-87050-87100-87150-87200-87250-87300-87350-87400-87450-87500-87550-87600-87650-87700-87750-87800-87850-87900-87950-88000-88050-88100-88150-88200-88250-88300-88350-88400-88450-88500-88550-88600-88650-88700-88750-88800-88850-88900-88950-89000-89050-89100-89150-89200-89250-89300-89350-89400-89450-89500-89550-89600-89650-89700-89750-89800-89850-89900-89950-90000-90050-90100-90150-90200-90250-90300-90350-90400-90450-90500-90550-90600-90650-90700-90750-90800-90850-90900-90950-91000-91050-91100-91150-91200-91250-91300-91350-91400-91450-91500-91550-91600-91650-91700-91750-91800-91850-91900-91950-92000-92050-92100-92150-92200-92250-92300-92350-

B.2

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

DATA DE ADMISSÃO DIH 17/09/2019 DN 22/08/1994

PACIENTE SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS

AGNÓSTICO FRATURA DE CLAVICULA DIREITO

ALERGIAS NEGA HAS NÃO DM2 NÃO

IDADE 25 LEITO PAAR DATA 18/09/2019

ITEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	SFO,9% 500ML S/N EV	SN
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS OU VO 500MG 6/6HR	14.20.02.08
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SN
10	CURATIVO DIÁRIO	Realizar
11	SSVV + CCGG 6/6 H	Retiro
12		
13		
14		
16		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120x60	69		36.4°C
12 H	120x80	85		36.2°C
18 H	110x70	87		36.6°C
24 H	90x60	71		36.4°C

Amélia de S. Aguiar
Téc. De Farmácia
COREN/RN 907.678-15

AO BLOCO

12/09/2019
Fátima Coelho Gonçalves
CRM: 1881/RR
Dr. Odinachi Okem
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

MEDICAÇÕES VESPERTINAS REALIZADAS

17/4

Amanda A. dos Reis
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 907.541-1E

Troca de AVP
9-10

M. Amélia de S. Aguiar
Téc. De Enfermagem
COREN/RR 907.678-1E

Realizado Melécor e
suas vitas noturnas

Vanessa Souza dos Santos
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 907.567

Maria Helena V. Barbosa
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 650.517-1E

medicação
matutina
administrada.

Néscia de Paula Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 001.142-TE

Zilma A. de Macena
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 001.127-TE

MEDICAÇÕES VESPERTINAS REALIZADAS

12/9

Nayle Oliveira Luz
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 795.088

Luzia Coelho Gonçalves
COREN-RR 866.341-TE

Medicação Noturna Administrada

Patrícia Cabral
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 537-TE

Tatiana Castro
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 1247438 TE

Edilene O. Coelho
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 001.055.026-TEC

Glória M^a Souza Brandão
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 841-TE

Rafaela dos Santos Maciel
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 001.047-TE

Elizângela G. de Oliveira
Téc. de Enfermagem
COREN/RR 001.090.136

Maria da Fátima V. Barbosa
COREN-RR 630.517-TE

BE

2025

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN			
PACIENTE: SYGRID TALITA DE SOUSA MARTINS					
ACIDENTE: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA					
ALERGIA	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	25 ANOS	LEITO		DATA	30/9/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LÍQUIDA				6h
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SF 0,9% 500ML EV 8H				slw
4	DIPYROMIL 600MG EV 8/8H				08:30 20:00
5	OMETRAZOL 10MG EV 1X DIA				08:30
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				slw
7	NALEFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				ATENÇÃO
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8H				17h
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 3X DIA				17h
10	CLINDAMICINA 300MG EV 3X VO 8/8H				slw
11	CIPROFLOXACINA 500MG EV OU 500MG VO 12/12H				suspensão
12	CAPTOPRIL 25MG SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	ACETILSALICÍLICO 300MG				
14	CURATIVO ELÁSTICO				Rodriguez
Ao Buco! Dr. Marcelo					

SE NECESSÁRIO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (IC), CONFORME ESQUEMA:
 200-100-50-25-12,5-6,25-3,12-1,56-0,78-0,39-0,19-0,09-0,04-0,02-0,01-0,005-0,0025-0,00125-0,000625-0,0003125-0,00015625-0,000078125-0,0000390625-0,00001953125-0,000009765625-0,0000048828125-0,00000244140625-0,000001220703125-0,0000006103515625-0,00000030517578125-0,000000152587890625-0,0000000762939453125-0,00000003814697265625-0,000000019073486328125-0,0000000095367431640625-0,00000000476837158203125-0,000000002384185791015625-0,0000000011920928955078125-0,00000000059604644775390625-0,000000000298023223876953125-0,0000000001490116119384765625-0,00000000007450580596923828125-0,000000000037252902984619140625-0,0000000000186264514923095703125-0,00000000000931322574615478515625-0,000000000004656612873077392578125-0,0000000000023283064365386962890625-0,00000000000116415321826934814453125-0,000000000000582076609134674072265625-0,0000000000002910383045673370361328125-0,00000000000014551915228366851806640625-0,000000000000072759576141834259033203125-0,0000000000000363797880709171295166015625-0,00000000000001818989403545856475830078125-0,000000000000009094947017729282379150390625-0,0000000000000045474735088646411895751953125-0,00000000000000227373675443232059478759765625-0,000000000000001136868377216160297393798828125-0,0000000000000005684341886080801486968994140625-0,00000000000000028421709430404007434844970703125-0,000000000000000142108547152020037174224853515625-0,0000000000000000710542735760100185871124267578125-0,00000000000000003552713678800500929355621337890625-0,000000000000000017763568394002500464677810689453125-0,0000000000000000088817841970012502323388905344265625-0,00000000000000000444089209850062511616944526721121328125-0,000000000000000002220446049250312558084722636105606640625-0,00000000000000000111022302462515625290423613180280033203125-0,00000000000000000055511151231257812514521180659014000166015625-0,0000000000000000002775557561562572605903295070000830078125-0,0000000000000000001387778780781253630295164753500004150390625-0,000000000000000000069388939039062518151475737662500020751953125-0,0000000000000000000346944695195312590757376625000103759765625-0,00000000000000000001734723475976562545378688325000518798828125-0,00000000000000000000867361737988281252268934416250002593994140625-0,00000000000000000000433680868994140625113446720812500012969970703125-0,0000000000000000000021684043449707031256182336040625000064849853515625-0,0000000000000000000010842021724853515625309116802031250000324249267578125-0,0000000000000000000005421010862426757812515455840101562500001621246337890625-0,000000000000000000000271050543121337890625772792005078125000008106231689453125-0,000000000000000000000135525271560668945312538639600253906250000040531158447265625-0,0000000000000000000000677626357803344726562519319800126953125000002026557922368125-0,000000000000000000000033881317890167236812596599006347656250000010132789611840625-0,0000000000000000000000169406589450836118406254829950317382812500000050663948059203125-0,0000000000000000000000084703294725418059203125241497515869125000000253319740296015625-0,0000000000000000000000042351647362709029601562512074875793456250000001266598701480078125-0,0000000000000000000000021175823681354501480078125603743789672812500000006332993507400390625-0,0000000000000000000000010587911840672725074003906253018718943640625000000031664967537001953125-0,00000000000000000000000052939559203363625037001953125150935947182031250000000158324837685009765625-0,0000000000000000000000002646977960168125018500976562575467973592500048812441884265625-0,000000000000000000000000132348898008406250092509765625377339867962500024406220921328125-0,000000000000000000000000066174449004203125004625488281251886699339812500012203110460640625-0,000000000000000000000000033087224502101562500231274414062594334966990625000061015552303203125-0,0000000000000000000000000165436122510507812500115637207031254716748349531250000305077761516015625-0,000000000000000000000000008271806125525390625000578186035156252358374174765625000015253888075580078125-0,0000000000000000000000000041359030625262695312500028909301757812511791870873828125000007626944037750390625-0,00000000000000000000000000206795153125131347656250001445465087890625589593543691250000038134720188751953125-0,000000000000000000000000001033975765625656738281250000722732543945312529479677184562500000190673600943759765625-0,0000000000000000000000000005169878828125328369125000036136627197281251473983859228125000000953368004718798828125-0,00000000000000000000000000025849394140625164184562500001806831359864062573699192961406250000004766840023593994140625-0,000000000000000000000000000129246970703125820922812500000903415679932031253684959648070312500000023834200117969970703125-0,0000000000000000000000000000646234853515625410461406250000045170783996601562518424798240351562500000011917100058984970703125-0,00000000000000000000000000003231174267578125205230703125000002258539199830078125921239912003515625000000059585500294924803125-0,00000000000000000000000000001615587133789062510261535156250000011292695999150390625460619956003515625000000029792750147462403125-0,00000000000000000000000000000807793566894531255130766789062500000056463479995751953125230309978003515625000000014896375073731203125-0,00000000000000000000000000000403896783447265625256538339453125000000282317399978759765625115154989003515625000000007448187536865603125-0,00000000000000000000000000000201948391723632812512826916972656250000001411586999893798828125575774945003515625000000003724093768432803125-0,000000000000000000000000000001009741958618164062564134584863281250000000705793499946899414062528788747250035156250000000018620468842164003125-0,000000000000000000000000000000504870979309082031253206729243164062500000003528967499734497070312514394373625003515625000000000931023442108003125-0,00000000000000000000000000000025243548965454101562516033646220820312500000001764483749867248531257197186812500351562500000000046551172104003125-0,0000000000000000000000000000001262177448272705781258016823110406250000000088224187493362426562535985934062500351562500000000023275586052003125-0,000000000000000000000000000000063108872413635281254008411555203125000000004411209374668125179929670312500351562500000000011637793026003125-0,0000000000000000000000000000000315544362068176406252004205777603125000000002205604687334062589964835156250035156250000000005818896513003125-0,00000000000000000000000000000001577721810340882031251002102888803125000000001102802343667031254498241757812500351562500000000029094482565003125-0,00000000000000000000000000000000788860905170441015625501051444403125000000000551401171833503125224912087890625003515625000000000145472412825003125-0,00000000000000000000000000000000394430452585220578125250525722203125000000000275700585916750312511245604394531250035156250000000000727362064125003125-0,000000000000000000000000000000001972152262926102812512526286110312500000000013785029295837503125562280219726562500351562500000000003636810320625003125-0,00000000000000000000000000000000098607613146305140625626314305312500000000006892514647916750312528114010986328125003515625000000000018184051603125003125-0,000000000000000000000000000000000493038065731527031253131571526562500000000003446257323958375031251405700549316406250035156250000000000090920258015625003125-0,000000000000000000000000000000000246519032865763515625156578576328125000000000172312866197916750312570285027465820312500351562500000000000454601290078125003125-0,000000000000000000000000000000000123259516432878125782892881640625000000000086156433098958375031253514251373296125003515625000000000002273006450390625003125-0,000000000000000000000000000000000061629758216439062539144644031250000000000430782165494791675031251757125686648031250035156250000000000011365032251953125003125-0,00000000000000000000000000000000003081487910821953125195723220156250000000000215391082747395837503125878562843324031250035156250000000000056825161259765625003125-0,000000000000000000000000000000000015407439554109765625978616100781250000000001076955413736958375031254392814216620312500351562500000000000284125806298828125003125-0,0000000000000000000000000000000000077037197770548828125489308050390625000000000053847770688695837503125219640710830625003515625000000000001420629031494140625003125-0,00000000000000000000000000000000000385185988852744140625244654025195312500000000002692388534434791675031251098203554160312500351562500000000000071031451574687503125-0,00000000000000000000000000000000000192592994426372070312512232701259765625000000000013461942672173958375031255491017770803125003515625000000000000355157257873437503125-0,000000000000000000000000000000000000962964972131861015625611635062988281250000000000067309713360869583750312527455088854031250035156250000000000001775786289367187503125-0,0000000000000000000000000000000000004814824860659305781253058175314941406250000000000033654856680434791675031251372754442720312500351562500000000000008878931446835937503125-0,00000000000000000000000000000000000024074124303296528125152908765746875031250000000000168274283402173958375031256863772213603125003515625000000000000044394657234179687503125-0,0000000000000000000000000000000000012037062151648264062576454378734375031250000000000084137141701086958375031253431886106803125003515625000000000000022197328617089687503125-0,0000000000000000000000000000000000006018531075824132031253822718936718750312500000000000420685708505434791675031251715943034003125003515625000000000000011098664308544687503125-0,00000000000000000000000000000000000030092655379120661015625191135946835937503125000000000002103428542527173958375031258579715170031250035156250000000000000055493321542723437503125-0,00000000000000000000000000000000000150463276895603305781259556797341796875031250000000000010517142712635937503125428985758500312500351562500000000000000277466607713619687503125-0,0000000000000000000000000000000000007523163844780165281254778398671896875031250000000000052585713563179687503125214492877500312500351562500000000000000138733303856809687503125-0,0000000000000000000000000000000000003761581922390082640625238919933593750312500000000000262928567815896875031251072464387500312500351562500000000000000069366651928404687503125-0,000000000000000000000000000000000000188079096119504132031251194599667968750312500000000001314642839079468750312553623219375003125003515625000000000000000346833259642023437503125-0,0000000000000000000000000000000000000940395480597520661015625597299833984375031250000000000065732141953946875031252681160968750031250035156250000000000000001734166298210119687503125-0,0000000000000000000000000000000000000470197740298760330578125298649916992187503125000000000003286607097697343750312513405804843750031250035156250000000000000000867083149105059687503125-0,00000000000000000000000000000000000002350988701493801652812514932495849609375031250000000000016433035488486968750312567029024218750031250035156250000000000000000433541574525023437503125-0,0000000000000000000000000000000000000117549435074690082640625746624792480468750312500000000000821651774424346875031253351451210937500312500351562500000000000000002167707872625119687503125-0,000000000000

medicação
matutina
administrada

Alicione Cardoso Alves
Téc. Enfermagem
COREN-RR 177.004-TE

Elzimar S. Nicácio
COREN-RR 257

MEDICAÇÕES VESPERTINAS REALIZADAS

20/3

bw
Frª. Lilliane da Costa
COREN-RR 000967822-TE

Naute Oliveira Lous
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 795.088

Troco de AVP
6-18

Realizado medicações noturnas
e SSVV, conforme prescrição.

bw
Magna Feitosa Barreto
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 891.668-TEC

bw
Frª. Lilliane da Costa
COREN-RR 000967822-TE

bw
Milton B. Soares
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 581840-TE

bw
Tatiane Sade Moura
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 000668129-TE

bw
Jocileide de S. Correa
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 386229

bw
Fuenis Macedo Lima Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 1009875

3025

BE

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		 HGR Hospital Geral de Roraima
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
	PRESCRIÇÃO MÉDICA		

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	SYGRID TALITA DE SOUSA MARTINS				
DIAGNÓSTICO	FX CLAVICULA D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	21/09/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				11/09/19
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				12. 24.
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO SN				
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

~~NIR~~
 Regulado para leito
 BLC 05
 Regularção Interna

~~NIR~~
 Regulado para leito
 BLC 3025
 Regularção Interna

SINAIS VITAIS	PA	FC	Temp	D/E
6 H	101 x 70	82	36,5°C	+ 0
12 H	120 x 90	95	36,8°C	116 mg/dl
18 H	130 x 70	89	36,9°C	
24 H	115 x 76	80	36,6°C	

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.

AS 20:40: PA 100 x 70
 FC 90
 T 36,5°C

Medicações e SSW Sumo
realizados
Data: 21/09/2019
Inra: 1.2



Lindalva S. Nascimento
COREN-RR 175.462

Sterffeson de S. Braga
Téc. Enfermagem
COREN-RR 917070

Luana de Silva Vale
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 639.121

União Cristã de Saúde
Serviço de Informática
Cidade de São Paulo - SP

As 23h - Paciente em repouso no leito, LOTEP,
24/09/19 BCG, comunicativa, internado
por fratura de Clavícula D em
agosto, evolui normotensa, nor-
mocardia, afébril, sem queixas
algumas no momento. Segue aos
cuidados de enfermagem.

Dra. Maria Elvinda Portela Melo Azevedo
Enfermeiro
COREN/RR 349.895



302-5

302-5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE**RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC**Eu Suegrid Talib de Souza Martins CPF nº _____

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, 21 de 09 de 2019.Assinatura do paciente: Maria da Cruz Paulo

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

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

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

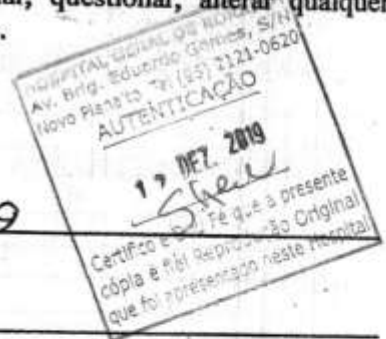
Boa Vista, 22 de Setembro de 2019. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/Carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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

DATA: ____/____/____

PACIENTE: _____

DIAGNOSTICO(S): _____ DN: ____/____/____

DIH: ____/____/____

KANBAM: _____

Dieta: _____

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA ____/____/____): Hb: ____ Ht: ____ Ur: ____ Cr: ____

Leuc: ____ Seg: ____ Plaquetas: ____

Na: ____ K: ____ Ca: ____ Cl: ____

HCO₃: ____ PH: ____ BE: ____ PO₂: ____ PCO₂: ____

EAS: _____

CULTURAS (____/____/____): _____

IMAGEM _____

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA ____/____/____): Hb: ____ Ht: ____ Ur: ____ Cr: ____

Leuc: ____ Seg: ____ Plaquetas: ____ Na: ____ K: ____ Ca: ____

Cl: ____ HCO₃: ____ PH: ____ BE: ____ PO₂: ____ PCO₂: ____

EAS _____

IMAGEM _____

ANTIBIÓTICO _____

USADO: _____

JUSTIFICATIVA DE _____

ANTIBIÓTICO: _____

EXAMES/PROCEDIEMNTOS AGENDADOS: _____

TERAPIA INSTITUIDA: _____

EVOLUÇÃO CLINICA: _____

Cirurgia p/ 10-19 em 19h (Sete).

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

Assinatura/carimbo do Medico Assistente

CRM ____/____

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

Dr. Pedro Di Grol
Coordenador de Transferência

Assinatura/carimbo do Medico Regulador

CRM ____/____

D



Nome: SYNGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINID
HMINSN

17/09/2019 10:45:08

Nasc: 17/09/2019

76,2 %

Tec. TARCISO

D



SYGRIDD TALITA DE SOUSA

14573

HOSPITAL CORONEL MOTA

23/12/2019

Cloudoaldo

Tam:real

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS
 FILIAÇÃO: ORLES DOUGLAS RODRIGUES MARTINS
 MARIA FERREIRA DE SOUSA
 NASCIMENTO: 22/08/1984 SEXO: FEMININO
 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
 NATURALIDADE: BACABAL - MA
 DOCUMENTO: R.G. 353235-4 SESP RR 10/11/2006
 LEI Nº 9.048, DE 16 DE MAIO DE 1996
 CPF: 014.220.852-07
 TIT. ELEITOR: ZONA:
 LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 30/03/2009



ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /
 DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

LEGENDA

A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE INTERINDADE G - DATA DE NASCIMENTO
 B - SEP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

03

TRABALHADOR

... sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 20.335 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. O documento obrigatório para o exercício de qualquer trabalho ou atividade profissional.

... deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos do reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a concessão da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de garantia do tempo de Serviço - FGTS.

... conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, bem como a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

... sua importância, é seu dever protegê-la e mantê-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade dos direitos como trabalhador e cidadão, ela também serve para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

... CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

... VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PREV/PASEP 204.49768.83-4

1894666

003-0

RR

Sygridd Talita de S. Martins.



03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ

 Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 239717 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016

NOME WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE SANTA INÊS - MA DATA DE NASCIMENTO 09/12/1978

DOC ORDEM CERTO CAS 10492 FLS 292 LIV 8-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20 AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Fotofuscador da Polícia Civil
Diretor da DPIC

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - RR N° 013746251841
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 01 CDO RENAVAM 00551859890 RNTRO EXERCICIO 2017

NOME DELEY RIECELly SOUSA DE JESUS

CPT/CNPJ 790.396.502-68 PLACA NUJ2827

PLACA ANT/UF NUJ2827 RR CHASSI 9C2KC1680DR322786

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAU APL UL COMBUSTIVEL AL 11/2/2011

MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB 2013 ANO MOD 2013

CAP/POT/CL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE AMARELA

COTA UNICA *PAGO* VENC. COTA UNICA *PAGO* 1ª *****

2ª ***** 3ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 08/08/2017

SEM RESERVA DE DOMINIO * PROIB SAIR AMAZ OCID *

BOA Vista RR 33/08/2017

Antonio Francisco Beserra Marques Diretor Presidente DETRAN-RR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

RR N° 013746251841 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

EXERCICIO 2017 DATA EMISSÃO 23/08/2017

VIA 01 CPT/CNPJ 790.396.502-68 PLACA NUJ2827

RENAVAM 00551859890 MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB 2013 DAT TARE 9C2KC1680DR322786

PREMIO TARIFARIO

FMS (R\$) R\$81.29 DENATRAN (R\$) R\$9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IGF (R\$) R\$0.7 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) R\$185.5

PAGAMENTO ☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 08/08/2017

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.006/0001-04 013746251841 www.seguradoralider.com.br 0484349246

JUL-2017

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0042257/20

Vítima: SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS

CPF: 014.220.952-07

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/08/2019

Titular do CPF: SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS : 014.220.952-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/01/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200051029 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SYGRIDD TALITA DE SOUSA **Data do acidente:** 25/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
MARTINS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. PG17

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200051029 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SYGRIDD TALITA DE SOUSA **Data do acidente:** 25/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
MARTINS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. PG17

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME:

NACIONALIDADE:

PROFISSÃO:

CPF:

BAIRRO:

CEP:

ESTADO CIVIL:

RG:

ENDEREÇO:

CIDADE:

VITIMA:

CPF:

NATUREZA: () DAMS

DATA DO ACIDENTE:

(X) INVALIDEZ

() MORTE

OUTORGADA:

NOME:

NACIONALIDADE:

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

Nº. DO RG:

DATA DE EMISSÃO:

Nº. DO CPF:

ENDEREÇO:

ORGÃO EMISSOR:

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidade que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, junto a DELEGACIA, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Boa Vista, 18 de Dezembro de 20 19

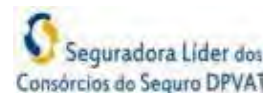
Suziella Talita de Sousa Martins

ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0042257/20

Vítima: SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS

CPF: 014.220.952-07

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/08/2019

Titular do CPF: SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS : 014.220.952-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/01/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200051029

Vítima: SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS

Data do Acidente: 25/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200051029

Vítima: SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS

Data do Acidente: 25/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 000008153-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

014-220-952-07 Sygrydd Talita de Souza Martins

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

5 - Nome completo:

Sygrydd Talita de Souza Martins

6 - CPF:

014-220-952-07

7 - Profissão:

Perador de laiva

8 - Endereço:

Rua José M. dos S. Neto

9 - Número:

1511

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Sumador Belo Campo

12 - Cidade:

Bom Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.316-603

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

95 99113-3855

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

8906

CONTA:

00008153

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorciado



Separado Judicialmente



Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

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

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:



Sim



Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Bom Vista, 18 de dezembro de 2019

x Sygrydd Talita de Souza Martins

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

575338



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041697/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/11/2019 22:29 Data/Hora Fim: 25/11/2019 22:58
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 25/11/2019
Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 25/08/2019 06:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: AV. GENERAL ATAÍDE TEIVE
Complemento: CRUZAMENTO COM NAZARÉ FILGUEIRAS
Ponto de Referência: EM FRENTE AO DUAS RODAS MOTO PEÇAS
Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Pintolândia

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Bacabal Sexo: Feminino Nasc: 22/08/1994
Profissão: Operador de Caixa Escolaridade: Ensino Superior Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Ferreira de Souza Nome do Pai: Oriles Douglas Rodrigues Martins
Em Serviço: Sim

Documento(s)

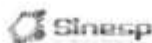
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 014.220.952-07
RG - Carteira de Identidade: 353236-4

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: R José M dos S Neto Nº: 1511
Complemento: CASA
Bairro: Senador Hélio Campos CEP: 69.316-603
Telefone: (95) 99161-6497 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTOCICLETA HONDA 150cc PLACA NUJ-2827	CPF/CNPJ do Proprietário 790.396.502-68
Placa NUJ2827	Renavam 00551859890
Número do Motor KC16E8D322786	Número do Chassi 9C2KC1680DR322786
Ano/Modelo Fabricação 2013/2013	Cor AMARELA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI	Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI



Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz
Impresso por: Frank Pessoa de Carvalho
Data de Impressão: 25/11/2019 22:58
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041697/2019

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 21/08/2017

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Envolvimentos

Sygridd Talita de Sousa Martins

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Sr. Delegado de Polícia compareceu nesta DP a comunicante acima qualificada para informar o seguinte fato: Que no dia e horário acima trafegava em via pública conduzindo o veículo acima MOTOCICLETA HONDA CG 150cc PLACA NUJ-2627, quando ao aproximar se do semáforo que fica no cruzamento da Av. Gal. Ataíde Teive com Av. Nazaré Figueiras ao parar a motocicleta para evitar a colisão com o veículo que parou bruscamente a sua frente (não sabe informar modelo ou condutor) perdeu o controle do veículo vindo a cair na via sofrendo lesão corporal com fratura; Que a vítima foi socorrida por populares que passavam no momento do acidente, em seguida foi acionado o SAMU que prestou atendimento no local em seguida foi encaminhada ao PSE/HGR onde ficou hospitalizada no Grande Trauma daquela unidade hospitalar para avaliação médica onde foi constada fratura clavícula direita além de várias escoriações pelo corpo, que e posteriormente foi submetida a cirurgia ortopédica na região da fratura. É o que tem a comunicar.

ASSINATURAS

Frank Pessoa de Carvalho

Agente de Polícia
Matrícula 042000410

Responsável pelo Atendimento

Sygridd Talita de Sousa Martins

(Comunicante / Vítima)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Via do sinistro ou ASL: ☐ 3 - OFF de vítima: ☐ 4 - Nome completo da vítima: Suzenilda Talita de Souza Martins

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

5 - Nome completo: Suzenilda Talita de Souza Martins 6 - CPF: 04.220.952.07
7 - Profissão: Professora de Ensino 8 - Endereço: Rua José M. dos S. Neto 9 - Número: 1511 10 - Complemento:
11 - Bairro: Sumaré do Sul 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RN 14 - CEP: 64.316-603
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 95 99113-3855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 04 15 ANOS OU INAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ R\$ 0,00 INFORMAR ☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 2.500,00 A R\$ 5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ INTERESSEDO NA INDENIZAÇÃO

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itiú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 00008153 7 AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora a abrir e operar a conta bancária instituída, de minha titularidade, ou se for do beneficiário (reembolso do Seguro DPVAT) a ser pago, reconhecendo e concordando, desde já, a abertura do crédito, cuja ação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impedido(a) de apresentar a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.154/74), uma vez que:

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

Solicito a prossecução de análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação malha apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.197/74.

Declaro que esta não significa anulação ou discordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 24 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 25 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 26 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 28 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 30 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 31 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 33 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não

25 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 26 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 28 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 30 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 31 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 33 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não

28 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 30 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 31 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 33 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não

34 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 35 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 36 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 37 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 38 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 39 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 40 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 41 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 42 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 43 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 44 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 45 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 46 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 47 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 48 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 49 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 50 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 51 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 52 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 53 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 54 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 55 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 56 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 57 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 58 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 59 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 60 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 61 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 62 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 63 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 64 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 65 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 66 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 67 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 68 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 69 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 70 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 71 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 72 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 73 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 74 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 75 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 76 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 77 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 78 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 79 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 80 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 81 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 82 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 83 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 84 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 85 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 86 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 87 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 88 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 89 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 90 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 91 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 92 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 93 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 94 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 95 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 96 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 97 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 98 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 99 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não 100 - Se a vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra a indenização do Seguro DPVAT por morte a qualquer beneficiário que se apresentar e provar esta condição, esta condição, ainda, de que qualquer omissão ou falsificação não verdadeira acarretará a anulação da rescisão do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

34 - Nome completo da pessoa que assina o pedido (a rogo): 35 - Nome legal da quem assina o pedido (a rogo): 36 - CPF legal da quem assina o pedido (a rogo): 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo): 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: Boa Vista, 18 de Dezembro de 2019

Suzenilda Talita de Souza Martins
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves
42 - Assinatura do Produtor (a) ouveir

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1563:

EQUIPE SAMU BV
UNIDADES
BRAVO II

EQUIPE: Jacqueline / Dirjan

Paciente: Syguia Tarcia de Souza Martins Idade: 25 Sexo: Fem.
 Nacionalidade: Brasileira Raça: Branca ☐ Negra ☐ Parda ☒ Amarela ☐ Indígena-Etnia ☐
 Endereço: Av. Maide Teive 654 Bairro: Rio Bonito

Nº 14456 DATA 25/08/19 HORA J/9: 6:59 BASE ☐ VIA ☒ ☒ RÁDIO
 Médico (a) Regulador (a): Dr. Nisson HORA J/10: 7:04 ☐ CELULAR
 MOTIVO INICIAL: Queda moto
 INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☒ 1 a 3 horas ☐ 4 a 24 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe ☐

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO

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

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AV. NEUROLÓGICA
☒ Livre	☐ Apnéia	☐ Bradicárdico	☐ Miose
☐ Obstrução Parcial	☐ Dispnéia	☐ Enchimento capilar acima de 2"	☐ Midríase
☐ Obstrução Total	☐ Bradipnéia	☐ Pulso radial ausente	☐ Anisocoria
☐ Corpo estranho	☐ Taquipnéia	☐ Pulso central ausente	☐ Aparentemente Alcoolizado
☐ Outro:		☐ Cianose central	☐ Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início <u>07:20</u>	<u>120/80</u>	<u>118</u>	<u>20</u>	<u>99</u>				
Fim <u>07:32</u>	<u>120/80</u>	<u>102</u>	<u>18</u>	<u>100</u>				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

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

AVALIAÇÃO CARDÍACA

☐ Ritmo Sinusal ☐ FV
☐ Taquicardia Sinusal ☐ TV
☐ Flutter Atrial ☐ AESP
☐ Fibrilação atrial ☐ Assístolia

AFECÇÃO CLÍNICA

☐ Neurológica ☐ Metabólica
☐ Respiratória ☐ Infecçiosa
☐ Cardiovascular ☐
☐ Digestiva

HISTÓRIA PEGRESSA

☐ Diabetes ☐ Alergias neg.
☐ Cardiopatia ☐ Outros
☐ HAS
☐ Medicação de uso

GRAVIDADE COMPROVADA

☐ Ileso ☒ Pequena ☐ Média ☐ Severa ☐ Óbito

Dr. Luiz Fernando Junges

Clínica Geral

RQE: 759 / CRM-RR 1583

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

NTES

☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento

MEIOS

☒ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal

☐ Bombeiro
☐ Outros:

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

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

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Última Fem 25ª, queda de moto encontrada ao solo sem capacete, aparentando ter feito uso de bebida alcoólica, avaliação primária S/A, na secundária apresenta possível fratura em clavícula ①, escoriações múltiplas em mm SS/II, com SSVU preservados, ATW ao MR e encaminhada ao GOS S/A no percurso.

materiais utilizados:
02 pares de luvas P
02 " " G.
01 atadura 15 cm.



Jaqueline
650.506.

Assinatura e carimbo do profissional

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: 11/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SYGRIDD TALITA DE SOUSA MARTINS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000008153-7

Nr. da Autenticação 4C7D42AB9E0E07BC