

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: 2721069720200521164149

Processo 0811324-10.2020.8.23.0010 ☆ - (14 dia(s) em tramitação)

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

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

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

12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12500 por pág.1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 12	21/05/2020 16:41:49	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
12.1 Arquivo: Contestação Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2720506CONTESTACAO01.pdf Público 12.2 Arquivo: anexo 2 Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2720506CONTESTACAOAnexo02.pdf Público 12.3 Arquivo: kit seguradora Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf Público			
11	15/05/2020 10:16:10	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 15/05/2020 referente ao evento de expedição seq. 10.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
[+] 10	15/05/2020 09:47:09	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	SUSANA MARA ALVES DE ALBUQUERQUE Analista Judiciária
9	13/05/2020 15:03:23	RENÚNCIA DE PRAZO DE KÁTIA GOMES DA SILVA Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (07/05/2020)	EDSON SILVA SANTIAGO Advogado
8	13/05/2020 15:03:21	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de KÁTIA GOMES DA SILVA) em 13/05/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (07/05 /2020) e ao evento de expedição seq. 7.	EDSON SILVA SANTIAGO Advogado
7	13/05/2020 14:24:56	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de KÁTIA GOMES DA SILVA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (07/05/2020)	SUSANA MARA ALVES DE ALBUQUERQUE Analista Judiciária
[+] 6	07/05/2020 14:23:00	CONCEDIDO O PEDIDO	BRUNO FERNANDO ALVES COSTA Magistrado
5	07/05/2020 09:44:10	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	07/05/2020 09:44:10	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	07/05/2020 09:44:10	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	07/05/2020 09:44:10	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 1ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
[+] 1	07/05/2020 09:44:09	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	EDSON SILVA SANTIAGO Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08113241020208230010

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 **KATIA GOMES DA SILVA**, 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 **09/09/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **09/09/2019**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA 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\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**, 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.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA		 Seguradora LÍDER Administradora do Seguro DPVAT		
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190694910	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: KATIA GOMES DA SILVA	Data do acidente: 09/09/2019	Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 17/12/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA 5º METATARSO ESQUERDO.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. P-2-3-4-5-8-9-21-24-25-27-47-48				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO DEDO DO PÉ ESQUERDO.				
Sequelas: Com sequela				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT MODERADO DO DEDO DO PÉ ESQUERDO.				
Documentos complementares:				
Observações:				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve 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 **09/09/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais).**

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/02/2020
 NUMERO DO DOCUMENTO:
 VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KATIA GOMES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00522-3

CONTA: 000000552432-6

Nr. Autenticação

BRADESCO130220200500000000002370052200000055243267500 PAGO

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 675,00 (SEISCENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

⁷**art. 1º. (...)**

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 19 de maio de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

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

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

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

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

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

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

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **KATIA GOMES DA SILVA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08113241020208230010.

Rio de Janeiro, 19 de maio 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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha (s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do processo ou AS:

3 - CPF do Vítima:

4 - Nome completo do Vítima:

663.676.112-15 KATIA GOMES DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/INTERESSADO/REPRESENTANTE LEGAL) - CANCELAR SE NÃO SE APLICA

5 - Nome completo:

KATIA GOMES DA SILVA

6 - CPF:

663.676.112-15

7 - Profissão:

DO LAR

8 - Endereço:

RUA VICTOR MOSCOVITZ VILA S. FRANCISCO

9 - Cidade:

20 - Complemento:

VILA SÃO FRANCISCO

11 - Estado:

BONFIM

12 - Escolaridade:

RR

13 - CEP:

69.380-000

14 - E-mail:

confiancascst@hotmail.com

15 - Data de nascimento:

15/08/1980

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE E CURADOR) PARA VÍTIMA/INTERESSADO MENOR ENTÃO DA 15 ANOS OU INCAPAZ COM CIRCUNSTÂNCIAS

16 - Nome completo do Representante Legal:

17 - CPF do Representante Legal:

18 - Profissão do Representante Legal:

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

21 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RENDIMENTO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 1.400,00
☐ R\$ 1.400,00 A R\$ 2.000,00

☐ R\$ 2.000,00 A R\$ 3.000,00
☐ ACIMA DE R\$ 3.000,00

22 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BANCOS DE CREDITO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

☐ CONTA POUPANÇA (Saldo de juros de juros e juros, não se aplica)

☐ Bradesco (247)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

13/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KATIA GOMES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00522-3

CONTA: 000000552432-6

Nr. Autenticação

BRADESCO130220200500000000002370052200000055243267500 PAGO



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0149413-9

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 501 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impostos autorizado pela SEFAZ 388/13

Nº de Nota Fiscal 003812138

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

CONTA-MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	26/10/2019	224	136,89

ROBERTO MATEUS DA SILVA COMUNIDADE MOSCOU
VC MOSCOU COMUNIDADE MOSCOU

CPF: 00051223368228

CEP: 69.380-000 - VILA SÃO FRANCISCO

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 4390	Atual: 11/10/2019	Grupo/Subgrupo: P
Anterior: 4156	Anterior: 10/09/2019	Classe/Subclasse: RURAL
Dias de consumo: 31	Próxima leitura: 11/11/2019	Ligação: B1
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 10/10/2019	Número Medidor: 7081707028
Consumo medido: 224	Apresentação: 11/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 224	RI: 104.629.04.58.076169	Modalidade: CONVENCIONAL

CONSUMO 224 A R\$ 0,535228 = 119,89
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 17,00

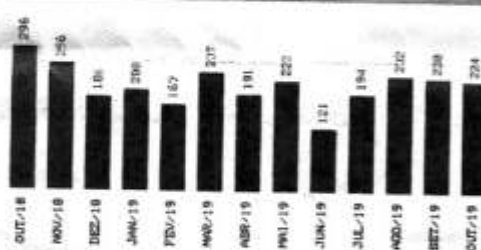
OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:

B A 224 - 0,444240

Média 12 meses: 211

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano Valor R\$ Informamos existir(em) debito(s) vencido(s) no
07/2019 181,18 valor de R\$ XXXXXX148,66 (sem acrescimos legais)
05/2018 47,48 ate esta data. Caso o(s) debito(s) ja tenha(m)
sido pago(s), procurar uma loja de atendimento
da Roraima Energia com o(s) comprovante(s) de
pagamento.

LIGUE 08007819128 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO A75F.FA9C.0400.A744.C467.4083.2300.FFDC

FCAR

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
				Base de Cálculo	Alíquota	Valor
Energia:	65,31	Encargos:	3,39	119,89	ICMS: 17,00%	20,38
Distribuição:	30,81	Tributos:	20,38		PIS: 0,00000%	0,00
Transmissão:	0,00				COFINS: 0,00000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	RIC	DMC	DCE
Mensal Trimestral Anual	Mensal Trimestral Anual	Mensal	Mensal

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené 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 Imposto autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 003941569

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	26/11/2019	363	302,83

RAQUEL DELL EUGENIO
AV BENTO BRASIL 248 CENTRO

CPF: 00005763937899

CEP: 69.301-950 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWh)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 20134	Atual: 29/10/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 19771	Anterior: 26/09/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 33	Próxima leitura: 29/11/2019	Ligação: BI
Constante de Multiplicação: 1,0000	Emissão: 28/10/2019	Número Medidor: 14TDB00002
Consumo medidor: 363	Apresentação: 29/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 363	R: 12,001,02,11,403958	Modalidade: CONVENCIONAL

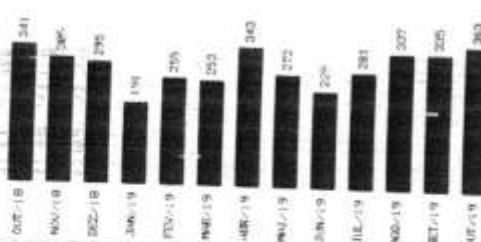
CONSUMO
ILUMINACAO PUBLICA

363 A R\$ 0,764602 = 277,55
25,28

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 363 - 0,634620

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses: 286



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/11/2019, em função das contas realizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já realizada(s) no valor de R\$ 210,07 (valor histórico). Caso tenha afetado o pagamento favor descon-derar este aviso.

PRODUTOR RURAL: ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

4324,3482,6434,7434,40F9,4302,CD44,4502

Fiscat

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	151,21	Encargos:	7,85
Distribuição:	71,31	Tributos:	47,18
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
277,55	ICMS: 17,00%	47,18
	PIS: 0,000000%	0,00
	COFINS: 0,000000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC		DICRI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal		Mensal	
Limite	6,83	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54			
Realizada	0,43			1,00			0,00			
Conjunto		CENTRO								

R: 12,001,02,11,403958
Fiscat



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0126055-3

TOTAL A PAGAR - R\$

302,83

MÊS FATURADO

10/2019

VENCIMENTO

26/11/2019

Nº da Nota Fiscal: 003941569

8362000003 9 02830075000 8 00000000126 3 05531019008 1



IDEA: 7,00216

LEITURA: 20134

DT.VENC: 26/11/2019

UF: 0126055-3

NORMAL

INSCRIÇÃO

DT-LEIT: 29/10/2019

TOTAL: 302,83

(TOLER) 130

T-ENTR: 07

CARGA: 210

RA42B - MRE 100001

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)****Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04****SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35****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:

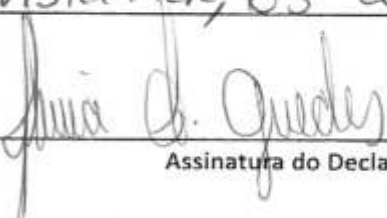
<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este 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 Nº9.613/98.Pelo exposto, eu TELÚIA SANTIAGO GUEDESinscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do BeneficiárioKATIA GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 663.676.112 / 15do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima KATIA GOMES DA SILVAinscrito (a) no CPF sob o Nº 663.676.112 / 15, 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: <u>AV. BENTO BRASIL</u>	Número: <u>248</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>confiancaest@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.301-050</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98118-1200</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 03 de dezembro de 2019.
Assinatura do Declarante

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:

663.676.112-15

KATIA GOMES DA SILVA

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

5 - Nome completo: KATIA GOMES DA SILVA 6 - CPF: 663.676.112-15

7 - Profissão: DO LAR 8 - Endereço: RUA VICINAL MOSCOU 9 - Número: S/N 10 - Complemento: ZONA RURAL

11 - Bairro: VILA SÃO FRANCISCO 12 - Cidade: BONFIM 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.380-000

15 - E-mail: confiancaest@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 98118-1200

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 0522 3 CONTA: 0551708-7

(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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital de 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, Boa Vista - RR, 10 de Janeiro de 2020.

Katia Gomes da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

REGISTRO 0000018 11:01:32 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIÁRIO 07-13

Exame: MARIA GOMES DA SILVA Data Nascimento: 09/07/1969 Idade: 47 anos Sexo: F Estado Civil: Solteira Raça/Cor: INDIGENA Nacionalidade: BRASIL

Endereço: -MALOCA DAMOSCOU Ocupação: NÃO INFORMADA

Causa de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Nº da Carteira: Validade: Autorização: Sis. Prontat:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE CARRO Caracter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atendimento: Precedência: Temp.: Freq.: Pressão: Grande Trauma Tipo de Chegada: Viatura Procedimento Sol.: Registrado por: EDVAN NASCIMENTO

Queixa Principal: Síndrome Febril Síntomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: GEMAGAMENTO PÉ

ASC GSC AD: 1234 RD: 2345 MW: 123456 TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA): Paciente Relata que a Roda de um Carro Passou por cima do seu pé

Exame Físico: PÉ, LOST, ALTA COLETO, HEMATOMA, MU + SI PA, ABD FLUIDO, PÉ < 1560mm, DOR GR PÉ

Hipótese Diagnóstica: TRAUMA

SADT - Exames Complementares: RAIO X ULTRASSOM TC ISOTOPO URNA ECG COLTAS

PRESCRIÇÃO: 100mg de 2 (ED) 100mg

APRAZAMENTO: 10:32 OBSERVAÇÃO:

Conduta: Alta por Decisão Médica Alta a Pedido Alta a Revella Transferência para: 2-1-1-1-1

Óbito: Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Turise DML Analise Patógena

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo de Assinatura Médico

RIST NO. 100000

Data:

19/19

Q.S.

Cabe para de plano

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

Dr. Max Sampaio Menezes
 Cirurgião de 1ª Categoria
 R.C. 434 B.R.E. 62

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Ad. 0044 lat. para amputação
- 2) amputação + sutura + colocação de comp. de fixação
- 3) Incisão em T no pé direito de 0044
- 4) colocação de 2 fios de sutura
- 5) amputação, Limb. blizot.
- 6) Fim.



Falt

Para a casa de

Para a casa de

Exemplo. anexo

Exemplo. anexo

Exemplo. anexo

Exemplo. anexo

Exemplo. anexo

Exemplo. anexo



1214

FICHA DE ANESTESIA

GOBIERNO DE LA REPUBLICA DE COSTA RICA
Ministerio de Salud

Hospital General de San José

S.O.

9/9/83

Paciente: Alvaro

Nombre: V.H.

Nº de Historia Clínica: 0000-1214

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

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

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

Firma: [Signature]

Firma: [Signature]

Firma: [Signature]

Firma: [Signature]



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

50^a

NOME DO PACIENTE: Katia Gomes da Silva

APT OU LEITO: 50^a

Nº DO PRONTUÁRIO: 09109119

DATA: 09/09/19

CIRURGIA: Proctologia

TEMPO DE DURAÇÃO: 15:13 a 16:05

TEMPO TOTAL: 00:52

TIPO: Proctologia

EQUIPE MÉDICA:

ANESTESISTA: Dr. Baima R. Z.

RES. ANESTESIA: Dr. Baima R. Z.

INSTRUMENTADOR: Robson + Solene

CIRCUANTE: Robson + Solene

1^o AUXILIAR: Robson

2^o AUXILIAR: Solene

TIPO DE ANESTESIA:	QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VA
<u>Raque</u>						
		PCTS COMPRESSAS C/03			FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
		UNID.			<u>cateter de D.</u>	
		PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
		LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
		LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
		LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 3.0	
		LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
		LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
		LÂMINA BISTURI Nº 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
		DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº <u>macaron</u>	
		DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
		DRENO DE PENROSE Nº			FIO RUDA Nº <u>goma</u>	
		SERINGA 01ML <u>agulha 25x7</u>			SURGICEL	
		SERINGA 03ML			GERA-T/OSSE <u>filas nº 18</u>	
		SERINGA 05 ML			EST CATARATA Nº <u>alcatraz de 18</u>	
		SERINGA 10ML <u>de superfície madeirada</u>			GEOFOAM <u>equipo madeiro</u>	
		SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
		<u>5. Petradas</u>			OUTROS: <u>cateter 02</u>	

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

INSTRUMENTADOR(A): Rebeca Luciano

ENFERMEIRA CHEFE: Rebeca Luciano

CIRCUANTE DE SALA: Solene e Robson

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SUB-TOTAL

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE KATIA GOMES DA SILVA					
AGNÓSTICO FX EXPOSTA 6 MTT E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	121-4	DATA	10/09/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	SF 0.9% 500ML EV S/N				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 8/6H SN				SN
5					SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT				SN
7	NALBUENA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				DE
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				SN
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				14:22 06
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				18:05
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				18:24 06
12	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 8/8H				18:24 06
13					
14					
15					SN
16	CAPTORIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				mot na
17	SSV + CCGG 8/6 H				m
18	CURATIVO DIÁRIO				
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO, CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (80): BOM DIA E NOITE 200-250; 200-250; 400; 300-350; 800; 350-400; 900; 2-400; 10 UI E OU GLICOSE < 70 DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCÓRADO, HIDRATADO.
SINTOMATOLOGIA:
CONDIÇÃO: MANTIDA
PROGRAMACÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	114/69	76	33
18 H			
24 H			

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
CRM-RR 2028
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Pot. alarmado 2019, realizado
SSV e medicação de horário.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Maria Gomes

CPF nº _____

So informo que presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar 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) será 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 Retaguara 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 Retaguara;

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

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

Boa Vista, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do paciente: Maria Gomes da Silva

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome: _____

Grav de Parentesco: _____

CPF nº _____

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

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Regulador

CPF: 441414

Nome	CPF	Assinatura
CRM	Assinatura	Assinatura



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

10.09
13.09

2116

CPB- Art. 154 - "Revelar a alguém, sem justa causa, segredo, de que se tem ciência em razão da função, ministério, ofício ou profissão e cuja revelação pode produzir danos a outrem". Pena de detenção de 3 (três) meses a 1 (um) ano ou multa.

REQUERIMENTO Nº 31/2019

Eu: Kátia Gomes da Silva

Est. Civil: Casada Profissão:

Portador (a) do RG: 230.468 Org. Emissor/UF: SSP/RR

Endereço: Comunidade Norcan Nº 5/ru Bairro:

Telefone: 99365-9902 / 99152-0837

Grau de parentesco com o paciente: O Mesmo

Solicito de Vossa Senhoria, cópia do prontuário de atendimento médico do paciente:

Kátia Gomes da Silva

Motivo da Solicitação: bpvar

☒ acidente de trânsito ☐ outros

Data do atendimento: 10/9/2019

Período: ☐ Manhã ☐ Tarde ☒ Noite

Sector: ☒ EMERGÊNCIA ☐ AMBULATÓRIO ☒ INTERNAÇÃO

Boa Vista-RR, 05 de Novembro de 2019.

Kátia Gomes da Silva

Assinatura do requerente

Ao Ilmo. Sr. André César Coelho Rosa da Silva
Diretor Geral do Hospital das Clínicas



Recebido em
05/11/19
Jabrek



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: KATIA GOMES DA SILVA					
AGNOSTI: FX EXP 8 MMT E					
ALERGIA:	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	431	DATA	10/9/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				24/09
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MADEIRA
3	DIPIRONA 1 GR EV 8/8H SN				24/09
4	CIPROFLOXACINA 500 MG VO 12/12 H				24/09
5	CLINDAMICINA 600 MG EV 8/8 H				24/09
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU DI CP 50MG VO DE 8/8H SN				24/09
7	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X AO DIA OU VO				24/09
8	SIMETICONA 40 GOTAS VO APÓS REFEIÇÕES SN				24/09
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				24/09
10	CURATIVO DIÁRIO SN				24/09
11	SSVY + CCGG 6/8H				24/09
12					
13					
14					
15					
16					
17					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; > 400: 12 UI E OU GLICOSE < 70 DLM/L GLICOSE 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL
AR: MVF SEM RA
AB: SEM ALTERAÇÕES
MEMBRÓS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
SEM QUEIXAS E DO INTERCORRÊNCIAS
CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO
PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPE

DR MARCUS BRUNNER
CRM / RR: 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM / RR: 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	O	E	Observações
8 H	100/75	82	17	35,2	+	R	
12 H							
18 H							
24 H	100/90	80	20	36,2	+	R	

Miracólio S. Machado
Téc em Radiologia
COREN-RR: 20098 - TE

CONTROLE EM ORIGINAL

121.4

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE KATIA GOMES DA SILVA					
AGNOSTI FX EXPOSTA 5 MTT E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	121-4	DATA	10/09/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 8/8H SN				SN
5					
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT				SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM				SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA				06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				14:00 06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				18:00
12	CLINDAMICINA 800MG EV OU VO 8/8H				18:00 24 06
13					
14					
15					
16	GAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
17	SSVY + CCGG 8/6 H				matina
18	CURATIVO DIÁRIO				n
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200: 220: 240: 260: 280: 300: 320: 340: 360: 380: 400: 420: 440: 460: 480: 500: 520: 540: 560: 580: 600: 620: 640: 660: 680: 700: 720: 740: 760: 780: 800: 820: 840: 860: 880: 900: 920: 940: 960: 980: 1000: 1020: 1040: 1060: 1080: 1100: 1120: 1140: 1160: 1180: 1200: 1220: 1240: 1260: 1280: 1300: 1320: 1340: 1360: 1380: 1400: 1420: 1440: 1460: 1480: 1500: 1520: 1540: 1560: 1580: 1600: 1620: 1640: 1660: 1680: 1700: 1720: 1740: 1760: 1780: 1800: 1820: 1840: 1860: 1880: 1900: 1920: 1940: 1960: 1980: 2000: 2020: 2040: 2060: 2080: 2100: 2120: 2140: 2160: 2180: 2200: 2220: 2240: 2260: 2280: 2300: 2320: 2340: 2360: 2380: 2400: 2420: 2440: 2460: 2480: 2500: 2520: 2540: 2560: 2580: 2600: 2620: 2640: 2660: 2680: 2700: 2720: 2740: 2760: 2780: 2800: 2820: 2840: 2860: 2880: 2900: 2920: 2940: 2960: 2980: 3000: 3020: 3040: 3060: 3080: 3100: 3120: 3140: 3160: 3180: 3200: 3220: 3240: 3260: 3280: 3300: 3320: 3340: 3360: 3380: 3400: 3420: 3440: 3460: 3480: 3500: 3520: 3540: 3560: 3580: 3600: 3620: 3640: 3660: 3680: 3700: 3720: 3740: 3760: 3780: 3800: 3820: 3840: 3860: 3880: 3900: 3920: 3940: 3960: 3980: 4000: 4020: 4040: 4060: 4080: 4100: 4120: 4140: 4160: 4180: 4200: 4220: 4240: 4260: 4280: 4300: 4320: 4340: 4360: 4380: 4400: 4420: 4440: 4460: 4480: 4500: 4520: 4540: 4560: 4580: 4600: 4620: 4640: 4660: 4680: 4700: 4720: 4740: 4760: 4780: 4800: 4820: 4840: 4860: 4880: 4900: 4920: 4940: 4960: 4980: 5000: 5020: 5040: 5060: 5080: 5100: 5120: 5140: 5160: 5180: 5200: 5220: 5240: 5260: 5280: 5300: 5320: 5340: 5360: 5380: 5400: 5420: 5440: 5460: 5480: 5500: 5520: 5540: 5560: 5580: 5600: 5620: 5640: 5660: 5680: 5700: 5720: 5740: 5760: 5780: 5800: 5820: 5840: 5860: 5880: 5900: 5920: 5940: 5960: 5980: 6000: 6020: 6040: 6060: 6080: 6100: 6120: 6140: 6160: 6180: 6200: 6220: 6240: 6260: 6280: 6300: 6320: 6340: 6360: 6380: 6400: 6420: 6440: 6460: 6480: 6500: 6520: 6540: 6560: 6580: 6600: 6620: 6640: 6660: 6680: 6700: 6720: 6740: 6760: 6780: 6800: 6820: 6840: 6860: 6880: 6900: 6920: 6940: 6960: 6980: 7000: 7020: 7040: 7060: 7080: 7100: 7120: 7140: 7160: 7180: 7200: 7220: 7240: 7260: 7280: 7300: 7320: 7340: 7360: 7380: 7400: 7420: 7440: 7460: 7480: 7500: 7520: 7540: 7560: 7580: 7600: 7620: 7640: 7660: 7680: 7700: 7720: 7740: 7760: 7780: 7800: 7820: 7840: 7860: 7880: 7900: 7920: 7940: 7960: 7980: 8000: 8020: 8040: 8060: 8080: 8100: 8120: 8140: 8160: 8180: 8200: 8220: 8240: 8260: 8280: 8300: 8320: 8340: 8360: 8380: 8400: 8420: 8440: 8460: 8480: 8500: 8520: 8540: 8560: 8580: 8600: 8620: 8640: 8660: 8680: 8700: 8720: 8740: 8760: 8780: 8800: 8820: 8840: 8860: 8880: 8900: 8920: 8940: 8960: 8980: 9000: 9020: 9040: 9060: 9080: 9100: 9120: 9140: 9160: 9180: 9200: 9220: 9240: 9260: 9280: 9300: 9320: 9340: 9360: 9380: 9400: 9420: 9440: 9460: 9480: 9500: 9520: 9540: 9560: 9580: 9600: 9620: 9640: 9660: 9680: 9700: 9720: 9740: 9760: 9780: 9800: 9820: 9840: 9860: 9880: 9900: 9920: 9940: 9960: 9980: 10000: 10020: 10040: 10060: 10080: 10100: 10120: 10140: 10160: 10180: 10200: 10220: 10240: 10260: 10280: 10300: 10320: 10340: 10360: 10380: 10400: 10420: 10440: 10460: 10480: 10500: 10520: 10540: 10560: 10580: 10600: 10620: 10640: 10660: 10680: 10700: 10720: 10740: 10760: 10780: 10800: 10820: 10840: 10860: 10880: 10900: 10920: 10940: 10960: 10980: 11000: 11020: 11040: 11060: 11080: 11100: 11120: 11140: 11160: 11180: 11200: 11220: 11240: 11260: 11280: 11300: 11320: 11340: 11360: 11380: 11400: 11420: 11440: 11460: 11480: 11500: 11520: 11540: 11560: 11580: 11600: 11620: 11640: 11660: 11680: 11700: 11720: 11740: 11760: 11780: 11800: 11820: 11840: 11860: 11880: 11900: 11920: 11940: 11960: 11980: 12000: 12020: 12040: 12060: 12080: 12100: 12120: 12140: 12160: 12180: 12200: 12220: 12240: 12260: 12280: 12300: 12320: 12340: 12360: 12380: 12400: 12420: 12440: 12460: 12480: 12500: 12520: 12540: 12560: 12580: 12600: 12620: 12640: 12660: 12680: 12700: 12720: 12740: 12760: 12780: 12800: 12820: 12840: 12860: 12880: 12900: 12920: 12940: 12960: 12980: 13000: 13020: 13040: 13060: 13080: 13100: 13120: 13140: 13160: 13180: 13200: 13220: 13240: 13260: 13280: 13300: 13320: 13340: 13360: 13380: 13400: 13420: 13440: 13460: 13480: 13500: 13520: 13540: 13560: 13580: 13600: 13620: 13640: 13660: 13680: 13700: 13720: 13740: 13760: 13780: 13800: 13820: 13840: 13860: 13880: 13900: 13920: 13940: 13960: 13980: 14000: 14020: 14040: 14060: 14080: 14100: 14120: 14140: 14160: 14180: 14200: 14220: 14240: 14260: 14280: 14300: 14320: 14340: 14360: 14380: 14400: 14420: 14440: 14460: 14480: 14500: 14520: 14540: 14560: 14580: 14600: 14620: 14640: 14660: 14680: 14700: 14720: 14740: 14760: 14780: 14800: 14820: 14840: 14860: 14880: 14900: 14920: 14940: 14960: 14980: 15000: 15020: 15040: 15060: 15080: 15100: 15120: 15140: 15160: 15180: 15200: 15220: 15240: 15260: 15280: 15300: 15320: 15340: 15360: 15380: 15400: 15420: 15440: 15460: 15480: 15500: 15520: 15540: 15560: 15580: 15600: 15620: 15640: 15660: 15680: 15700: 15720: 15740: 15760: 15780: 15800: 15820: 15840: 15860: 15880: 15900: 15920: 15940: 15960: 15980: 16000: 16020: 16040: 16060: 16080: 16100: 16120: 16140: 16160: 16180: 16200: 16220: 16240: 16260: 16280: 16300: 16320: 16340: 16360: 16380: 16400: 16420: 16440: 16460: 16480: 16500: 16520: 16540: 16560: 16580: 16600: 16620: 16640: 16660: 16680: 16700: 16720: 16740: 16760: 16780: 16800: 16820: 16840: 16860: 16880: 16900: 16920: 16940: 16960: 16980: 17000: 17020: 17040: 17060: 17080: 17100: 17120: 17140: 17160: 17180: 17200: 17220: 17240: 17260: 17280: 17300: 17320: 17340: 17360: 17380: 17400: 17420: 17440: 17460: 17480: 17500: 17520: 17540: 17560: 17580: 17600: 17620: 17640: 17660: 17680: 17700: 17720: 17740: 17760: 17780: 17800: 17820: 17840: 17860: 17880: 17900: 17920: 17940: 17960: 17980: 18000: 18020: 18040: 18060: 18080: 18100: 18120: 18140: 18160: 18180: 18200: 18220: 18240: 18260: 18280: 18300: 18320: 18340: 18360: 18380: 18400: 18420: 18440: 18460: 18480: 18500: 18520: 18540: 18560: 18580: 18600: 18620: 18640: 18660: 18680: 18700: 18720: 18740: 18760: 18780: 18800: 18820: 18840: 18860: 18880: 18900: 18920: 18940: 18960: 18980: 19000: 19020: 19040: 19060: 19080: 19100: 19120: 19140: 19160: 19180: 19200: 19220: 19240: 19260: 19280: 19300: 19320: 19340: 19360: 19380: 19400: 19420: 19440: 19460: 19480: 19500: 19520: 19540: 19560: 19580: 19600: 19620: 19640: 19660: 19680: 19700: 19720: 19740: 19760: 19780: 19800: 19820: 19840: 19860: 19880: 19900: 19920: 19940: 19960: 19980: 20000: 20020: 20040: 20060: 20080: 20100: 20120: 20140: 20160: 20180: 20200: 20220: 20240: 20260: 20280: 20300: 20320: 20340: 20360: 20380: 20400: 20420: 20440: 20460: 20480: 20500: 20520: 20540: 20560: 20580: 20600: 20620: 20640: 20660: 20680: 20700: 20720: 20740: 20760: 20780: 20800: 20820: 20840: 20860: 20880: 20900: 20920: 20940: 20960: 20980: 21000: 21020: 21040: 21060: 21080: 21100: 21120: 21140: 21160: 21180: 21200: 21220: 21240: 21260: 21280: 21300: 21320: 21340: 21360: 21380: 21400: 21420: 21440: 21460: 21480: 21500: 21520: 21540: 21560: 21580: 21600: 21620: 21640: 21660: 21680: 21700: 21720: 21740: 21760: 21780: 21800: 21820: 21840: 21860: 21880: 21900: 21920: 21940: 21960: 21980: 22000: 22020: 22040: 22060: 22080: 22100: 22120: 22140: 22160: 22180: 22200: 22220: 22240: 22260: 22280: 22300: 22320: 22340: 22360: 22380: 22400: 22420: 22440: 22460: 22480: 22500: 22520: 22540: 22560: 22580: 22600: 22620: 22640: 22660: 22680: 22700: 22720: 22740: 22760: 22780: 22800: 22820: 22840: 22860: 22880: 22900: 22920: 22940: 22960: 22980: 23000: 23020: 23040: 23060: 23080: 23100: 23120: 23140: 23160: 23180: 23200: 23220: 23240: 23260: 23280: 23300: 23320: 23340: 23360: 23380: 23400: 23420: 23440: 23460: 23480: 23500: 23520: 23540: 23560: 23580: 23600: 23620: 23640: 23660: 23680: 23700: 23720: 23740: 23760: 23780: 23800: 23820: 23840: 23860: 23880: 23900: 23920: 23940: 23960: 23980: 24000: 24020: 24040: 24060: 24080: 24100: 24120: 24140: 24160: 24180: 24200: 24220: 24240: 24260: 24280: 24300: 24320: 24340: 24360: 24380: 24400: 24420: 24440: 24460: 24480: 24500: 24520: 24540: 24560: 24580: 24600: 24620: 24640: 24660: 24680: 24700: 24720: 24740: 24760: 24780: 24800: 24820: 24840: 24860: 24880: 24900: 24920: 24940: 24960: 24980: 25000: 25020: 25040: 25060: 25080: 25100: 25120: 25140: 25160: 25180: 25200: 25220: 25240: 25260: 25280: 25300: 25320: 25340: 25360: 25380: 25400: 25420: 25440: 25460: 25480: 25500: 25520: 25540: 25560: 25580: 25600: 25620: 25640: 25660: 25680: 25700: 25720: 25740: 25760: 25780: 25800: 25820: 25840: 25860: 25880: 25900: 25920: 25940: 25960: 25980: 26000: 26020: 26040: 26060: 26080: 26100: 26120: 26140: 26160: 26180: 26200: 26220: 26240: 26260: 26280: 26300: 26320: 26340: 26360: 26380: 26400: 26420: 26440: 26460: 26480: 26500: 26520: 26540: 26560: 26580: 26600: 26620: 26640: 26660: 26680: 26700: 26720: 26740: 26760: 26780: 26800: 26820: 26840: 26860: 26880: 26900: 26920: 26940: 26960: 26980: 27000: 27020: 27040: 27060: 27080: 27100: 27120: 27140: 27160: 27180: 27200: 27220: 27240: 27260: 27280: 27300: 27320: 27340: 27360: 27380: 27400: 27420: 27440: 27460: 27480: 27500: 27520: 27540: 27560: 27580: 27600: 27620: 27640: 27660: 27680: 27700: 27720: 27740: 27760: 27780: 27800: 27820: 27840: 27860: 27880: 27900: 27920: 27940: 27960: 27980: 28000: 28020: 28040: 28060: 28080: 28100: 28120: 28140: 28160: 28180: 28200: 28220: 28240: 28260: 28280: 28300: 28320: 28340: 28360: 28380: 28400: 28420: 28440: 28460: 28480: 28500: 28520: 28540: 28560: 28580: 28600: 28620: 28640: 28660: 28680: 28700: 28720: 28740: 28760: 28780: 28800: 28820: 28840: 28860: 28880: 28900: 28920: 28940: 28960: 28980: 29000: 29020: 29040: 29060: 29080: 29100: 29120: 29140: 29160: 29180: 29200: 29220: 29240: 29260: 29280: 29300: 29320: 29340: 29360: 29380: 29400: 29420: 29440: 29460: 29480: 29500: 29520: 29540: 29560: 29580: 29600: 29620: 29640: 29660: 29680: 29700: 29720: 29740: 29760: 29780: 29800: 29820: 29840: 29860: 29880: 29900: 29920: 29940: 29960: 29980: 30000: 30020: 30040: 30060: 30080: 30100: 30120: 30140: 30160: 30180: 30200: 30220: 30240: 30260: 30280: 30300: 30320: 30340: 30360: 30380: 30400: 30420: 30440: 30460: 30480: 30500: 30520: 30540: 30560: 30580: 30600: 30620: 30640: 30660: 30680: 30700: 30720: 30740: 30760: 30780: 30800: 30820: 30840: 30860: 30880: 30900: 30920: 30940: 30960: 30980: 31000: 31020: 31040: 31060: 31080: 31100: 31120: 31140: 31160: 31180: 31200: 31220: 31240: 31260: 31280: 31300: 31320: 31340: 31360: 31380: 31400: 31420: 31440: 31460: 31480: 31500: 31520: 31540: 31560: 31580: 31600: 31620: 31640: 31660: 31680: 31700: 31720: 31740: 31760: 31780: 31800: 31820: 31840: 31860: 31880: 31900: 31920: 31940: 31960: 31980: 32000: 32020: 32040: 32060: 32080: 32100: 32120: 32140: 32160: 32180: 32200: 32220: 32240: 32260: 32280: 32300: 32320: 32340: 32360: 32380: 32400: 32420: 32440: 32460: 32480: 32500: 32520: 32540: 32560: 32580: 32600: 32620: 32640: 32660: 32680: 32700: 32720: 32740: 32760: 32780: 32800: 32820: 32840: 32860: 32880: 32900: 32920: 32940: 32960: 32980: 33000: 33020: 33040: 33060: 33080: 33100: 33120: 33140: 33160: 33180: 33200: 33220: 33240: 33260: 332

NOME:

KATIA LOPES DE SAUS

HO

DATA:

1

1

SEXO:

F

1

IDADE:

43

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

ALÉRGICO?

1

1

1

1

1

1

1

ENFERMAGEM DO PACIENTE

LESÕES

CONTROLE DE CÂTERE E SONDAS

CÂTERE CENTRAL

CÂTERE PERIFÉRICO

Sonda Uretral: SIM () NÃO ()

Sonda Nasogástrica: SIM () NÃO ()

Sonda Nasointestinal: SIM () NÃO ()

Sonda Urinária: SIM () NÃO ()

Sonda de Sifoneamento: SIM () NÃO ()

Sonda de Lavagem: SIM () NÃO ()

Sonda de Aspiração: SIM () NÃO ()

Sonda de Infusão: SIM () NÃO ()

Sonda de Medicação: SIM () NÃO ()

Sonda de Monitorização: SIM () NÃO ()

Sonda de Temperatura: SIM () NÃO ()

Sonda de Pressão: SIM () NÃO ()

Sonda de Fluxo: SIM () NÃO ()

Sonda de Volume: SIM () NÃO ()

Sonda de Peso: SIM () NÃO ()

Sonda de Altura: SIM () NÃO ()

Sonda de Temperatura: SIM () NÃO ()

Sonda de Pressão: SIM () NÃO ()

Sonda de Fluxo: SIM () NÃO ()

Sonda de Volume: SIM () NÃO ()

Sonda de Peso: SIM () NÃO ()

Sonda de Altura: SIM () NÃO ()

DIAGNÓSTICO

(1) MASCULINO INFECTADO

(1) MASCULINO INFECTADO

(1) MASCULINO INFECTADO

(1) MASCULINO INFECTADO

(1) MASCULINO INFECTADO

(1) MASCULINO INFECTADO

(1) MASCULINO INFECTADO

(1) MASCULINO INFECTADO

(1) MASCULINO INFECTADO

(1) MASCULINO INFECTADO

(1) MASCULINO INFECTADO

(1) MASCULINO INFECTADO

(1) MASCULINO INFECTADO

(1) MASCULINO INFECTADO

(1) MASCULINO INFECTADO

(1) MASCULINO INFECTADO

(1) MASCULINO INFECTADO

(1) MASCULINO INFECTADO

(1) MASCULINO INFECTADO

(1) MASCULINO INFECTADO

(1) MASCULINO INFECTADO

(1) MASCULINO INFECTADO

(1) MASCULINO INFECTADO

(1) MASCULINO INFECTADO

(1) MASCULINO INFECTADO

PREVENÇÃO DE ENFERMAGEM

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

(1) MANUTENÇÃO DE ABERTURAS PERMANENTES

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA / HORA

MANHÃ

NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA / HORA

MANHÃ

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO

DATA / HORA

MANHÃ

ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENFERMAGEM

DATA / HORA

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO

DATA / HORA

MANHÃ

ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENFERMAGEM

DATA / HORA

NOTA:

DATA

HORA

MANHÃ

De acordo com o resultado da análise de cariótipo, a paciente apresenta-se com 46,XX,X(11)(p11), sendo a alteração considerada normal.

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO

ASS. E CARIÓTIPO - TEC. ENFERMAGEM

CONFERIR E ASSINAR

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE KATIA GOMES DA SILVA					
AGNOSTO FX EXP SMMT E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	431	DATA	11/9/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				200
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				1200h
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				5/4
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 6/6H SN				3/4
7	OMEPRAZOL 40.MG EV OU VO 1X AO DIA				08:00
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				3/4
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG				3/4
10	CURATIVO DIARIO SN				4
11	SSVV + COGG 6/6 H				200
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				200
13	CLINDAMICINA 600MG EV OU 300MG VO 6/6H				18 200 20 22
14					
15					
16					
17					

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 ≤ 20 DL/mL, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL

AR: MVF SEM RA

AB: SEM ALTERAÇÕES

MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO

SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS

CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO

PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

DR MARCUS BRUNNER

CRM / RR: 1917

DR MARCELO MARQUES

CRM / RR: 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E
8 H	129/78	64		36,3°	+	+
12 H	110/30	30	-	37,2°	+	+
18 H	123/80	74	-	36,8°	+	+
24 H	110/70	72		36,4°	+	+

CONFERE COM ORIGINAL
Em: _____
Ass: _____

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
Matrícula:		Assinatura:	
DATA /	HORA	DATA /	HORA

Ass. e Cuidado Enfermeiro: DATA / HORA		Ass. e Cuidado Técnico Enfermagem: DATA / HORA	
--	--	---	--

Ass. e Cuidado Enfermeiro: DATA / HORA		Ass. e Cuidado Técnico Enfermagem: DATA / HORA	
--	--	---	--

Ass. e Cuidado Enfermeiro: DATA / HORA		Ass. e Cuidado Técnico Enfermagem: DATA / HORA	
--	--	---	--

Ass. e Cuidado Técnico Enfermagem

Ass. e Cuidado Enfermeiro

Ass. e Cuidado Técnico Enfermagem

Ass. e Cuidado Enfermeiro

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: KATIA GOMES DA SILVA					
AGNOSTI: FX EXP 3MMT E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	431	DATA	12/9/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				24H
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manhã
3	DIPIRONA 1G EV 8/8H SN				SN
4	TENDOXICAN 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU OI CP 50MG VO DE 8/8H SN				SN
7	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA				06
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 180 E/OU PAD> 110 MMHG				Manhã
10	CURATIVO DIÁRIO SN				SN
11	SSVV + CCGG 8/8 H				20:00
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				22:10
13	CLINDAMICINA 600MG EV OU 300MG VO 8/8H				18:34 06 12
14					
15					
16					
17					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 261-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/mL, GLICOSE 50%
40 ML EV + AVISAR FI ANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFÉBRIL
AR: MYF SEM RA
AB: SEM ALTERAÇÕES
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO
PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPÉ

DR MARCELO BRUNNER
CRM/RR: 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM/RR: 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	F	
6 H							
12 H	130/80	71	20	36,3	+	0	
18 H	100/60	73	39	36,2	+	+	Manhã
24 H							

CONFERE COM ORGÃO
Em
Ass:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

MARÇA: DATA / / HORA

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

MARÇA: DATA / / HORA

ASS. E CARIÓTIPO ENFERMEIRO:

ASS. E CARIÓTIPO TEC. ENFERMAGEM:

TARDE: DATA / / HORA

TARDE:

DATA / / HORA

ASS. E CARIÓTIPO ENFERMEIRO:

ASS. E CARIÓTIPO TEC. ENFERMAGEM:

NOME:

DATA / / HORA

NOME:

DATA / / HORA

ASS. E CARIÓTIPO ENFERMEIRO:

ASS. E CARIÓTIPO TEC. ENFERMAGEM:

CONF. CARIÓTIPO

ASS.

Realizado exame de urina
sem alteração no resultado

10/05/2006

FNI/LETTU: 43.3

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Conselho, Substituto Programa. Os patêntes com 92 no mais brônco, estas, des em ser evoluções separadamente.

CONFIDENTIAL

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR**

Vitor Gomes da Silva

DATA DA INTERNAÇÃO:

04, 09, 19

DATA DA ALTA:

12, 09, 19

IMPRESSÃO CLÍNICA:

paciente nos exames de
SINISTRO

PRINCIPAIS ACHADOS FÍSICOS, LABORATORIAIS E DE IMAGEM DURANTE A INTERNAÇÃO:

AS

EVOLUÇÃO CLÍNICA DURANTE A INTERNAÇÃO:

paciente

TRATAMENTOS REALIZADOS:

700 mg de Exp. 30 dias

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA HOSPITALAR:

paciente

DIAGNÓSTICO (S) NA ALTA:

Exp. 30 dias

MEDICAMENTOS, ORIENTAÇÕES E ENCAMENHAMENTOS NA ALTA HOSPITALAR:

CEPAT, na + EMBOLIZADO
na +

9 Março 2019
Ass: *[assinatura]*
Em: *[assinatura]*



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

BLP

123-4

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Rafael Gomes

CPF nº

1234

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) no(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.) Foi informado que a internação no Hospital de Retaguara 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 Retaguara;

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

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

Bom Vista, 10 de Setembro de 2019

Assinatura do paciente: Rafael Gomes da Silva

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº _____

Grau de Parentesco: _____

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

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

Bom Vista, _____ de _____ de 20 _____ Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

Dr. Rafael Gomes da Silva
CRM: 4412-RR

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
Em _____
Ass: _____



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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

DATA: 10/09/19
PACIENTE: Karla Gomes da Silva DN: 02.016.000
DIAGNOSTICO(S):

DIH: / /
KANBAM: Dieta:
EXAMES ADMISSORAIS (DATA / /): Hb: / Ht: Ur: Cr:
Leuc: Seg: Plaquetas:
Na: K: Ca: Cl: PO₄: PCO₂:
HCO₃: PH: BE: PO₂:
EAS:
CULTURAS (/ /):

IMAGEM
EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:
Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:
Cl: HCO₃: PH: BE: PO₄: PCO₂:
EAS
IMAGEM

ANTIBIOTICO
USADO:
JUSTIFICATIVA DE
ANTIBIOTICO:
EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:
Paciente com lesão por queda
apresentando evolução da ferida

Boa Vista, 10 de Setembro de 2019, Hora:

Dr. Pedro de S. Faria
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

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

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CONFERE COM ORIGINAL
Ass:



BOLETIM OPERATÓRIO

Cabeça para a pele

Data: 29/12

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Tratamento de Cabeça e Pescoço*INDICAÇÃO TERAPEÚTICA: *Tratamento de Cabeça e Pescoço*TIPO DE INTERVENÇÃO: *Tratamento*

MODIFICAÇÕES E ACIDENTES: _____

C GNÓSTICO OPERATÓRIO: *em presença*CIRURGIÃO: *Dr. [illegible]*1º AUXILIAR: *Dr. [illegible]*

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

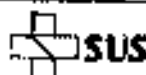
RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. *Tratamento de Cabeça e Pescoço*
2. *Tratamento de Cabeça e Pescoço*
3. *Tratamento de Cabeça e Pescoço*
4. *Tratamento de Cabeça e Pescoço*
5. *Tratamento de Cabeça e Pescoço*
6. *Tratamento de Cabeça e Pescoço*
7. *Tratamento de Cabeça e Pescoço*
8. *Tratamento de Cabeça e Pescoço*
9. *Tratamento de Cabeça e Pescoço*
10. *Tratamento de Cabeça e Pescoço*

CONFERE COM ORIGINAL

Em _____

Ass: _____



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - DATA NACIONAL DE NASCIMENTO

5 - DATA DE NASCIMENTO

6 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

7 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

8 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

9 - CÓD. REG. MUNICIPAL

10 - UF

11 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

12 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

13 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

15 - OBSERVAÇÃO DO PACIENTE

16 - CID 10 PRINCIPAL 17 - CID 10 SECUNDÁRIA 18 - CID 10 TERCIÁRIA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

19 - PROCEDIMENTO SOLICITADO

20 - CIENÇA

21 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

22 - DOCUMENTO

23 - CID

24 - Nº DOCUMENTO (CONSULTA) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

25 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

26 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

27 - ASSINATURA E CARIMBO DE REGISTRO DO CONSILIO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

28 - ACIDENTE DE TRABALHO

29 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

30 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

31 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

32 - PREVIDÊNCIA

33 - EMPREGADOR

34 - AUTÔNOMO

35 - PREVIDENCIADO

36 - APRESENTADO

37 - NÃO SE APLICOU

AUTORIZAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

39 - Cód. Orgão Emissor

40 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO (NÚMERO DE REGISTRO)

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CONSULTA) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - CID

44 - CID

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

46 - ASS. NATURAL E CARIMBO DE REGISTRO DO CONSILIO

CONTÉM COM ORIGINAL

Em

Ass:

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital Geral de Roraima - HMAR/PSF
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 5006

1ª Classificação Roda de Serviço
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul
Azul Claro

Roda de Serviço
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul
Azul Claro

Roda de Serviço
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul
Azul Claro

150169603 08/09/2018 11:01:32 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DORNO 00-19

Paciente: KATIA GOMES DA SILVA Data Nascimento: 06/07/1969 Idade: 50 A 8 M 3 D Sexo: F Estado Civil: Solteira Nacionalidade: BRASL

CPF: 65367011215 RG: 00055630

Endereço: MALOCA DAMASCOS - ...

Comunidade: NÃO INFORMADA

Plano Saúde: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Local de Atendimento: ACIDENTE DE CARRO

Procedimento: URGÊNCIA

Procedimento Sol.: GRANDE TRAUMA

Qualidade Principal: Síndrome Póstraumática

6.5 MAGALHÃES P6 6

GSC TOTAL
RG: 1234 AV: 12345 MR: 12345

Anamnese - (HORA DA CONSULTA -)
Paciente Relata que a Roda de um Camião Passou por cima do seu pé 6

Exame Físico: Pé, Lado, Anterior, Inferior, Medial, M+ SI PI, ABD Flaco

Hipótese Diagnóstica: TRAUMA

SADY - Exames Complementares
RADIO X ULTRASON TC SANGUE URINA ECG E CONTROLO

PRESCRIÇÃO: Lidocaina 2% 600mg

APRAZAMENTO: 12/09

OBSERVAÇÃO:

Conduta: Alta por Decisão Médica

óbito: Análise do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família TML Assistência Psicológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: Dr. Carlos

Impresso por: Edvan Nascimento Data Hora: 08/09/2018 11:06:18

CONFIRMAÇÃO
Em
Ass:

SUS

Sistema Ministério
União de da
Saúde SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital das Clínicas

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXCIDENTE

Hospital das Clínicas

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

Kassius Gomes da Silva

4 - ENDEREÇO DO PACIENTE

060129

5 - NOME DO PAI

Mário Gomes da Silva

6 - NOME DO RESPONSÁVEL

Mônica Domestica

7 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL

Pav. 1112

8 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com Ex exposto de 5º grau
a E. + Ex exposto. Após acidente
de trânsito.

Desenvolvendo TC Cirurgico 9/9/19

9 - CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO

Agravada evolução da ferida

10 - INDIQUE PARA RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ate p.e E.

11 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Ex exp. e MTT E.

12 - DO INFERNO

13 - DO SECUNDÁRIO

14 - DO EXTERNO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - DE TIPO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ex exposto

16 - CLÍNICA

17 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

18 - DOCUMENTO

19 - Nº DOCUMENTO (CONDIÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE)

20 - NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

10/01/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

21 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

22 - Causa da lesão

23 - Nº DO LAUDO

24 - () ACIDENTE TRABALHISTICO

25 - Causa da lesão

26 - Nº DO LAUDO

27 - () ACIDENTE TRABALHISTICO

28 - Causa da lesão

29 - Nº DO LAUDO

30 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

31 - PREVIDENCIADO

32 - PREVIDENCIADO

33 - AUTÔNOMO

34 - DESEMPREGADO

35 - EMPREGADO

AUTORIZAÇÃO

36 - NOME DO PROPRIETÁRIO AUTORIZADOR

37 - Cód. Orgão Emissor

38 - Nº de Autorização de Internação

39 - DOCUMENTO

40 - Nº DOCUMENTO (CONDIÇÃO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)

41 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

42 - ASSINATURA E CARIMBO PARA REGISTRO DO CONSILIO

ORIGINAL COM ORIGINAL

Em

Ass:

A Gerência do SAME/HC

10 09 Data da Entrega 20/01/15

Nesta

2.3.16
Senhor Gerente,

Eu Kátia Gomes da Silva (a) sempre
civil: portador do RG: 200.468 CPF: 03.246.712-15 residente e
domiciliado

Rua: Município do Bonfim Manaus Nº bairro
de telefone: 99183-2986 na cidade

de Estado: , amparo pelas disposições contidas no artigo
43 da lei 8.083/88, artigos 69,70 do código de ética médica; anexo a Portaria MS/GM nº 875/2008 (4º
princípio III), Resoluções 1.538 e 1.638 do CFM, vem REQUERER que sejam fornecidas cópias
intégrais dos seguintes documentos: PRONTUÁRIO ou GUIA DE ATENDIMENTO desse HOSPITAL
DAS CLÍNICAS DR WILSON FRANCO RODRIGUES.

PACIENTE Kátia Gomes da Silva

Nº DO PRONTUÁRIO: 2146

Período de Atendimento: ENTRADA 16/01/15

() GUIA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR () DECLARAÇÃO (X) PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

DPVAI

Os documentos solicitados destinam-se a esclarecimento da situação de interesse particular do
requerente. Nestes termos, pede deferimento.

REQUERENTE Ass: Kátia Gomes da Silva

SERVIDOR Ass: Jokirde DATA: 13/01/15

Hospital das Clínicas Dr. Wilson Franco Rodrigues
Av. Nazare Filgueiras, 2006, Pimbança
CEP 66.216-715 - Rua Vista-Roraima-Brasil
E-mail: admhoapitaldeclinicas@gmail.com

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE: KATIA GOMES DA SILVA			
AGNÓSTI: FX EXP 5 MMT E			
ALERGIA:	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	431	DATA
			10/9/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE		24/24
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		24/24
3	DIPIRONA 1 GR EV 6/8H SN		24/24
4	CIPROFLOXACINA 500 MG VO 12/12 H		24/24
5	CLINDAMICINA 600 MG EV 6/6 H		24/24
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8H SN		24/24
7	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X AO DIA OU VO		24/24
8	SIMETICONA 40 GOTAS VO APÓS REFEIÇÕES SN		24/24
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG		24/24
10	CURATIVO DIÁRIO SN		24/24
11	SSV + CCGG 6/8H		24/24
12			
13			
14			
15			
16			
17			

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250; 2UI; 251-300; 4UI; 301-350; 6UI;
351-400; 8UI; > 400; 12 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML GLICOSE > 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL
AR: MVE SEM RA
AB: SEM ALTERAÇÕES
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO
PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDAR DE CIRURGIA ORTOPE

DR MARCUS BRUNNER
CRM / RR: 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM / RR: 1938

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	O	E	MO
6 H	100/85	82	17	36.5	+	0	
12 H							
18 H							
24 H	100/80	80	20	36.7	+	0	

Medicamentos
Toxicológicos
Cultura

121.4

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE KATHA GOMES DA SILVA					
AGNÓSTICO EXPOSTA 5 MTT E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	121-4	DATA	10/09/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SE
4	DIPIRONA 500MG EV 8/8H SN				SN
5					
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT				SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM				SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				OB
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				18:00
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h				14:00
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				18:00
12	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 8/8H				18:00
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
17	SSV + CCGG 8/8 H				medicina
18	CURATIVO DIÁRIO				SN
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:
 MONITORIO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 EXAME FÍSICO: BCG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBSIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 *SOLICITADO:
 *CONDUTA: MANTIDA
 *PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 *PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	114x69	76		33
18 H				
24 H				

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
 CRM-RR 2028
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

*Plantão noturno
 et quando LOTE, realizo
 SSV e medicação de bolus.*

9

NAME: John
DATE: 1/1/2000

CONTROLE DE L'ATTENDUE	
CATEGORIA CENTRAL	
CATEGORIA PERIFERICA	
SIGNA VERBALE	
MONITOR NASCOSTER	
SIGNA NASCOSTER	
DEFINIZIONE	

1- FERNANDEIRO 7- ABREAS
Última P.O. em 55 A.O.

CATEGORÍA RESISTENCIA AL
NIVEL DE CONSCIENCIA
POPULAR: 1) RESISTENTE
ACUÑA DE VISUAL (1 M
VIA AEREA SUPLENDO
DBS:

TROVADA E PLANO DE
 EXPANSÃO: (1) SANEAR
 POR INFRA-ESTRUTURA: (1) SANEAR
 SANEAMENTO: (1) SANEAR
 SANEAMENTO: (1) SANEAR
 SANEAMENTO: (1) SANEAR

CIRCUITRY: 100% OK
[] ANTI-ATM: 100% OK
[] COMPASS: 100% OK
TERRAIN: 100% OK
APPROX. 100% OK
MIND: 100% OK

APARELHO ELETROELECTRÔNICO
ADAPTADO PARA O USO EM
CIRCUITOS DE ALTA TENSÃO

APARELHO GASTROINTE-
STINAL (DIGESTIVA) T

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA / HORA

ASSINHA:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA / HORA

ASSINHA:

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

DATA / HORA

TARDE:

ASS. E CARIMBO - T.º ENFERMAGEM

DATA / HORA

TARDE:

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

DATA / HORA

NOITE:

ASS. E CARIMBO - T.º ENFERMAGEM

DATA / HORA

NOITE:

Ass. e Carimbo do Técnico em Enfermagem

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

ASS. E CARIMBO - T.º ENFERMAGEM

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE KATIA GOMES DA SILVA					
AGNOSTIC	FX EXP 5MMT E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LFITO	431	DATA	11/01/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				200
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				5/11
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SUSPENSO
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H				
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OUT 81 CP 50MG VO DE 8/8 H SN				3/11
7	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA				3/11
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				3/11
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				3/11
10	CURATIVO DIÁRIO SN				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
13	CLINDAMICINA 600MG EV OU 300MG VO 6/6H				
14					
15					
16					
17					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (50); CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; 401-450: 10UI E OU GLICOSE > 20 DLX/L, GLICOSE > 50% 40 UI EV 1 UI/50% PLANTOMISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL
AR: MVE SEM RA
AB: SEM ALTERAÇÕES
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO
PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDAR DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

DR MARCUS BRUNNER
CRM / RR-19317

DR MARCELO MARQUES
CRM / RR-19318

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E
08 H	129/78	64		36,3°	+	+
12 H	120/30	30	-	37,2°	+	+
18 H	124/30	74	-	36,8°	+	+
24 H	110/30	72		36,4°	+	+

[illegible]

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	KATIA GOMES DA SILVA				
AGNÓSTICO	EX EXP 5MMT E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	431	DATA	12/9/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				3:00
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				10:00
3	DIPIRONA 1G EV 8/8H SN				5:00
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8H SN				5:00
7	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA				5:00
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				5:00
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 180 E/OU PAD> 140 MMHG				5:00
10	CURATIVO DIÁRIO SN				5:00
11	SSW + CCGG 8/8 H				5:00
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				5:00
13	CLINDAMICINA 600MG EV OU 300MG VO 8/8H				5:00
14					
15					
16					
17					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (30U)
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; 401-450: 10 UI E OU GLICOSE > 70 DUL, GLICOSE > 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL
AR: MVF SEM RA
AX: SEM ALTERAÇÕES
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO
PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

DR MARCUS BRUNNER
CRM/RR: 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM/RR: 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	→	↑
6 H						
12 H	130/80	71	20	36,2	+	+
18 H	100/60	73	19	36,2	+	+
24 H						

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ	DATA / HORA	MANHÃ	DATA / HORA
ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO TARDE:		ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM TARDE:	
ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO NOITE:		ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM NOITE:	

Realizada revisão de prontuário
sem alterações no momento

28/08/2008

Ass. e Cariótipo

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO ENFERMAGEM

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativos - HCC

Protocolo nº 1 | Versão: 06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizado: Janeiro / 2015

ENTRADA: 431

Nome: Katia Gomes da Silva			
DATA: 12/09/19	Localização / Região:		DATA:
GRAU - I			GRAU - I
GRAU - II			GRAU - II
Etiologia	Pressão I - II - III - IV Varizes Arteriais Cirúrgica Imunológica Congênita Trauma cirúrgico P.O.		Pressão I - II - III - IV Varizes Arteriais Cirúrgica Imunológica Congênita Trauma cirúrgico
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm		Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm
Aparência do Leito:	Teido de granulação com escara Teido necrótico vermelho		Teido de granulação com escara Teido necrótico Escara
Quantidade do Exudado:	Soro, mínimo Lúido, pouco Sanguinolento, moderado, com odor abundante		Soro, mínimo Lúido, pouco Lúido, moderado Lúido, abundante
Tipo de exsudato:	Soro Plácido Sanguinolento Purulento Seroso sanguinolento		Soro Plácido Sanguinolento Purulento Seroso sanguinolento
Dor:	Ausente		Ausente
Odor	Evidente na inspeção da ferida Evidente ao sentir no toque sem odor		Evidente na inspeção da ferida Evidente ao sentir no toque sem odor
Condição da pele Periférica:	Normal 28 Maculada, seca, vermelha, fútil Pálida Outras		Normal Maculada, seca, vermelha, fútil Pálida Outras
Solução para limpeza	Água Fisiológica 0,9% Cloroxina 4% Cloroxina 4%		Água Fisiológica 0,9% Cloroxina 4% Cloroxina 4%
Cobertura primária (Genteal, Gaze, Teido)	Genteal Cloroxina Fibrinase Cloroxina		Genteal Cloroxina Fibrinase Cloroxina
Idra do curativo:	Alumina Cloroxina		Alumina Cloroxina
Data da próxima troca: Em caso de 4 de 24hs			
Carimbo e ass. Fec. em Enfermagem	01-		02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01-		02-
OBS:		OBS:	

(Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio de Janeiro e Corel Doc Solutions Programs.
Os parâmetros, cores, ícones e fontes estão de acordo com as normas estabelecidas.



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

Koris broj: 19 514.

DATA DA INTERNAÇÃO: 04, 09, 19

DATA DA ALTA: 0,09,00

IMPRESSÃO CLÍNICA:

44-38861-200

PRINCIPAIS ACHADOS FÍSICOS, LABORATORIAIS E DE IMAGEM DURANTE A INTERNAÇÃO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA DURANTE A INTERNAÇÃO.

TRATAMIENTOS REALIZADOS:

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA HOSPITALAR:

DIAGNÓSTICO (S) NA ALTA:

MEDICAMENTOS, ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS NA UTI HOSPITALAR:

DATE 06/29/24 BY PA + HUNDKRM
178-211



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

FLA

3.21-24

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Fu Katia Gomes CPF nº _____

1431

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) será 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 necessário estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

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

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

Boa Vista, 10 de Setembro de 2019.

Assinatura do paciente: Katia Gomes da Silva

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº _____ Grau de Parentesco: _____

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

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____

Assinatura/carimbo do Oficial Regulador

Dr. Wilson Franco
CRM: 1431



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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

DATA: 10/09/19
PACIENTE: KATIA GOMES DA SILVA DN: 01060
DIAGNOSTICO(S):

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

IMAGEM

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

ANTIBIOTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIOTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

paciente com lesão por pressão
apresentando evolução da ferida

Boca Vista, 10/09/19
Dr. [Assinatura] de S. Enciso
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

de 20 / Hora: /

CRM: /

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

CRM: /

Assinatura/carimbo do Médico Regador



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 19/11

OS: _____

Café para o dia

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Tratamento cirúrgico de Epilepsia de Ponto 1*INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: *Tratamento cirúrgico de Epilepsia de Ponto 1*TIPO DE INTERVENÇÃO: *1º e 2º graus*MEDICAÇÕES E ACIDENTES: *25*DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: *2º grau*CIRURGIÃO: *Alves*1º AUXILIAR: *Alves*

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

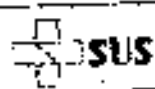
INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1. *Ref. 2011 de 1º grau de epilepsia*
- 2. *Tratamento cirúrgico de Epilepsia de Ponto 1*
- 3. *Tratamento cirúrgico de Epilepsia de Ponto 1*
- 4. *Tratamento cirúrgico de Epilepsia de Ponto 1*
- 5. *Tratamento cirúrgico de Epilepsia de Ponto 1*
- 6. *Tratamento cirúrgico de Epilepsia de Ponto 1*
- 7. *Tratamento cirúrgico de Epilepsia de Ponto 1*
- 8. *Tratamento cirúrgico de Epilepsia de Ponto 1*
- 9. *Tratamento cirúrgico de Epilepsia de Ponto 1*
- 10. *Tratamento cirúrgico de Epilepsia de Ponto 1*



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

6 - END. RESID. (RUA, N.º, BAIRRO)

7 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO DO PACIENTE

10 - CDD (Código de Diagnóstico)

11 - CI

12 - CDD

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

13 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

14 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

15 - PRINCIPAIS FLUTUAÇÕES DE PROGNÓSTICO (RESULTADOS DE EXAMES LABORATORIAIS)

16 - DISCRIMINAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

17 - CID 10 FATORIAL 18 - CID 10 DIAGNÓSTICO 19 - CID 10 PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

20 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - CLÍNICA

22 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

23 - DOCUMENTO

24 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/OP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

25 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

26 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

27 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CENTRO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

28 - ACIDENTE DE TRABALHO

29 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

30 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

31 - VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

32 - GÊNERO

33 - IDADE

34 - VÍCIOS

35 - TIPO DE VIOLÊNCIA

36 - ASSINATURA

37 - CARIMBO

AUTORIZAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

39 - CDD, GRADO E FUNÇÃO

40 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO E DATA

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/OP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

44 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CENTRO

ESMA G. M. 10.10.10

Examining Firm: B&B, LONG, ARIKAWA, HIRAHARA, PAUL & SONS, ADD FILLMORE
AVENUE, SEATTLE 5 WASH., OUR GEN PG ©

Thurs

EX/1 KNO-X () ULTRA-SOM () °C () SANGUE () URINA () ECG () TESTOS.

CONSIDERAÇÃO

PRESCRIÇÃO

14/04/2012 em 2ª (20) dias

() Atras por decisión de la FOM
() Faltas a Productor
() Atras a Remite
() Trámites técnicos en el país

☐ 1. Antropologia
☐ 2. Criminologia (ou Zeti)
☐ 3. Sociologia
 Nome e Hora da Entrega/Nota:

Antes do 1º Aquecimento? () Sim () Não Destino: () Família

Dr. Delgado
Corumbá, Mato Grosso do Sul

Assinatura do Paciente ou Responsável

1. အခြေခံအားဖြင့် မြန်မာနိုင်ငံတော်အတွင်း
 နယ်လုံးလုံး ဖြစ်ပွားနေသော အခြေအနေအထား

$\frac{d}{dt} \left(\frac{1}{\rho} \right) = - \frac{1}{\rho^2} \frac{d\rho}{dt}$



SUS

Sistema
União do
Saúde Ministério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Hospital das Clínicas

2 - NOME DO HOSPITAL COMPLETO EXISTENTE

Hospital das Clínicas

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

Kátia Gomes da Silva

4 - ENDEREÇO DO PACIENTE

08/01/2019

5 - NOME DO PAI

Maria Gomes da Silva

6 - NOME DO RESPONSÁVEL

7 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL

Márcia Domingos

8 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

Rua Vitor

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

9 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS CLÍNICOS

Paciente f. e exp. de 5º mês
a. e. + febre. Após acidente
de trânsito.
Presença de trauma a 9/9/19

10 - FUNDAMENTOS QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Dependência absoluta da f. e.

11 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE EXAMES INALFACOS

A. e. p. e.

12 - OUTROS EXAMES

F. e. exp. e. p. e.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

13 - ASSOCIAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

14 - CID-10

15 - CATEGORIA DE INTERNAÇÃO

16 - DOCUMENTO

17 - N.º DO DOCUMENTO

18 - N.º DO FOLHETO DE SOLICITAÇÃO

10/01/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

19 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

20 - ACIDENTE TRABALHISTICO

21 - ACIDENTE TRABALHO TRÁFICO

22 - VÍTIMA DE CRIME DE VIOLÊNCIA

23 - EMPREENDEDOR

24 - EMPREENDEDOR

25 - EMPREENDEDOR

26 - EMPREENDEDOR

AUTORIZAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - DOCUMENTO

29 - DOCUMENTO COMPROVANTE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

30 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

31 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO



h3l



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

Katia Gomes da Silva

DATA DA INTERNAÇÃO: 09/09/19 DATA DA ALTA: 12/09/19

IMPRESSÃO CLÍNICA:

Paciente nos operatórios de
5^o UTI (C)

PRINCIPAIS ACHADOS FÍSICOS, LABORATORIAIS E DE IMAGEM DURANTE A
INTERNAÇÃO:

As Anx.

EVOLUÇÃO CLÍNICA DURANTE A INTERNAÇÃO:

Boa.

TRATAMENTOS REALIZADOS:

Tto. clínico de exp. 5^o UTI.

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA HOSPITALAR:

Boa.

DIAGNÓSTICO (S) NA ALTA:

de exp. 5^o UTI

MEDICAMENTOS, ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS NA ALTA HOSPITALAR:

Centra de Alta + Ambulatório
12/09/19

Dr. Marcos Antonio
F. M. S.
CRAMA 1071

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA LESJE RORATMA
DIVISÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA
CASA DE SAÚDE INDÍGENA

RESUMO DE ALTA

NOME: KATIA GOMES DA SILVA

DN: 06.01.69

POLO BASE: MALACACHETA

COMUNIDADE: MOSCOU

DATA DE INTERNAÇÃO: 17.09.19

DATA DE ALTA: 19.09.19

DIAGNÓSTICO/MOTIVO DE INTERNAÇÃO: CONSULTA (ORTOPEDISTA)

EVOLUÇÃO DE ALTA

PACIENTE DEU ENTRADA NA CASAI NO DIA: 17.09.19 ÀS 10:00HRS ACOMPANHADA DE SEU FILHO, VINDO DA COMUNIDADE PARA CONSULTA AGENDADA NO DIA: 18.09.19 ÀS 14:00HRS EM HCM. COM ESPECIALISTA (ORTOPEDISTA) U. MÁX. PORÉM NO DIA DA CONSULTA A MESMA NÃO FOI ATENDIDA NA UNIDADE, SENDO REMARCADA A CONSULTA PARA O DIA: 26.09.19. A MESMA NEGA DOR ATÉ O PRESENTE MOMENTO.

AO EXAME FÍSICO: AFEBRIL, EUPNEICA, NORMOTENSA, NORMOCÁRDIA, ORIENTADA, CONSCIENTE, DEFICIT MOTOR APARENTE (AUXÍLIO DE MULETA), NEGA DMELIAS, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E USO DE MEDICAÇÃO QUALQUER. DIÁRIA, DIÍRESE(+), EVACUAÇÃO(+), ACOMPANHADA DE SEU FILHO, LOTE. SEQUE ALTA DO SEIOT DE AGENDAMENTO CASAI - EMSI. FOI SOLICITADO SAÍDA DA CASAI-LESJE POR CONTA (EM ANEXO DECLARAÇÃO NO PRONTUÁRIO), COM RETORNO DE CONSULTA AGENDADA PELA CASAI DIA: 26.09.19. ORIENTADA QUANTO AO ACOMPANHAMENTO COM COMUNIDADE E QUALQUER QUEIXAS, RECEBE ORIENTAÇÕES E SEQUE ORIENTADA PELA EMSI CASAI NO ATO DE ALTA.

Alta do serviço em 19/09/2019 às 10h30min, estável e sem queixas.

PA: 120X80 mmHg

FC: 80 bpm

FR: 20 rpm

T(ax): 37.2° C

Peso: 51.200Kg

Altura: 1.50 cm

Mostrando Assinatura

COREN-RR 223.104

MONICA CRISTINA ALVES

COREN-RR 223.104

DADOS DE SAÍDA DA CASAI

DATA: 19/09/19; HORÁRIO: 10:31 ENFERMEIRO: _____

PA: 120/80; FC: 80; FR: 20; T(AX): 37.2; PESO: 51.700

RECEBIDO (RESUMO DE ALTA): Katia Gomes da Silva

Marcelo Pinheiro da Silva
RT DE EMSI CASAI-LESJE-RR
RESAUMS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA

Maria Gomes da Silva

CARTÃO DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

PC/RR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

210.468

KÁTIA GOMES DA SILVA

Maria Gomes da Silva

Bonfim-RR

06.01.1969

DATA DE NASCIMENTO

EN. nº 9099, F.44-F, L.A-16 Boa Vista

RR

Clodoaldo Cavalcante Filho

Diretor da Agência de Identificação

LEN 2.110 DE 20/08/03



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

663.676.112-15

Nome

KATIA GOMES DA SILVA

Nascimento

06/01/1969

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
566175

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447589/19

Vítima: KATIA GOMES DA SILVA

CPF: 663.676.112-15

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 09/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KATIA GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

KATIA GOMES DA SILVA : 663.676.112-15

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: 12/12/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

TELVA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190694910 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KATIA GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 09/09/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA 5º METATARSO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-2-3-4-5-8-9-21-24-25-27-47-48

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT MODERADO DO DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190694910 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KATIA GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 09/09/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA 5º METATARSO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-2-3-4-5-8-9-21-24-25-27-47-48

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT RESIDUAL DO DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau residual - 10 %	1%	R\$ 135,00
Total			1 %	R\$ 135,00

PROCU.RAÇÃO

Outorgante: KATIA GOMES DA SILVA , portador (a) do RG nº 210.468 SSP/RR, , brasileira, casada, do lar, inscrito no CPF: nº 663.676.112-15 , residente na Rua: vicinal Moscou, S/N Bairro: Zona Rural, Vila São Francisco, Bonfim- RR CEP 69.380-000 , Tel.: (95) 99165-9902/99152-0817

VITIMA: KATIA GOMES DA SILVA CPF Nº 663.676.112-15 **DO SINISTRO:** 09/09/2019,
NATUREZA: INVALIDEZ.

Outorgada: TELVIA SANTIAGO GUEDES, Brasileira, Casada, Empresária, RG nº 5245559 SSP/RR,
Data de Emissão: 30/01/2017 e CPF nº 739.248.066-91, Cujo endereço é: Rua Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR, CEP 69.301-050, Telefone: (95) 98118-1200.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, 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-RR, 5 de novembro de 2019.



KATIA GOMES DA SILVA



CARTÓRIO LOUREIRO		DR. JOZIEL LOUREIRO TABELÃO E REGISTRADOR	
R. Vitor Figueira nº 304 - CENTRO - BOA VISTA-RR - TEL: (95) 3634-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR			
REC VERDADEIRA a(s) assinatura(s)			
JOZIEL LOUREIRO KATIA GOMES DA SILVA			
LG Em testemunho da verdade Boa Vista, 05/11/2019			
Emol: 2,45, FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10, Vlr Selo: 1,4			
Selo: REC FIR 158345T1QDS3K4V8SXUG41 Nº Ticket: 00235			
Consulte seu selo: https://cidadao.portalselorr.com.br			
CPF Solicitante: 66367611215			

André G. Sabino
Escrevente Autorizado
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447589/19

Vítima: KATIA GOMES DA SILVA

CPF: 663.676.112-15

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 09/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KATIA GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

KATIA GOMES DA SILVA : 663.676.112-15

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: 12/12/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

TELVIA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190694910

Vítima: KATIA GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 09/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KATIA GOMES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190694910

Vítima: KATIA GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 09/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), KATIA GOMES DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190694910

Vítima: KATIA GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 09/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), KATIA GOMES DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190694910

Vítima: KATIA GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 09/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), KATIA GOMES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: KATIA GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 237

Agência: 000000522-3

Conta: 000000552432-6

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: ☐ DAVS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

663.676.112-15

4 - Nome completo da vítima:

KATIA GOMES DA SILVA

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

5 - Nome completo:

KATIA GOMES DA SILVA

6 - CPF:

663.676.112-15

7 - Profissão:

DE LAR

8 - Endereço:

RUA VICINAL MOSCOW

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

209A RUA 9L

11 - Bairro:

VILA SÃO FRANCISCO

12 - Cidade:

BONFIM

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.380-000

15 - E-mail:

confiancaest@btfmcipl.com

16 - Tel.(DDD):

(95) 98118-1200

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:

☒ RECLUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 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 (Preencher para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (101)

AGÊNCIA: 0522

CONTA: 0552432

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vairascos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autorizado

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, BOA VISTA, 03 DE FEVEREIRO DE 2020

Katia Gomes da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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:
663.676.112-15 KATIA GOMES DA SILVA

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

5 - Nome completo: KATIA GOMES DA SILVA. 6 - CPF: 663.676.112-15
7 - Profissão: DO LAR 8 - Endereço: RUA VICINAL MOSCOU - VILA S. FRANCISCO S/N 9 - Número: 10 - Complemento: ZONA RURAL
11 - Bairro: VILA SÃO FRANCISCO 12 - Cidade: BONFIM 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.380-000
15 - E-mail: confiancacasst@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (95) 98118-1200

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 4263 3 CONTA: 44995 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CML) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não habilitado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data: BOA VISTA - RR, 03 de dezembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029715/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/09/2019 22:01 Data/Hora Fim: 09/09/2019 23:04
Origem: Guarda Municipal Nº do Documento: ROD GCM Série H 002296 Data: 09/09/2019
Delegado de Polícia: Wulpslander Trajano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 09/09/2019 10:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Uraricoera

Bairro: São Vicente
Nº: s/n

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: KLEITON DA SILVA CASTRO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Amajari	Sexo: Masculino	Nasc: 22/12/1984
Profissão: Motorista			
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Maria das Dores Henrique da Silva	Nome do Pai: Fernando Castro Neto		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 763.007.222-87
RG - Carteira de Identidade: 228968 2ª via

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Uraricoera
Bairro: São Vicente

Nº: 878

Nome Civil: KATIA GOMES DA SILVA (VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Bonfim	Sexo: Feminino	Nasc: 06/01/1969
Profissão: Autônomo			
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Maria Gomes da Silva			

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 210468

Endereço

Município: Bonfim - RR
Logradouro: Maloca do Moscou





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029715/2019

Razão Social: SUPERINTENDENCIA DA GUARDA CIVIL MUNICIPAL (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Mário, Inspetor de Área, Mat

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Descrição Veículo

Placa NAN7224

Número do Motor 310A20110176798

Ano/Modelo Fabricação 2011/2011

Cor PRATA

Município Veículo Boa Vista

Modelo FIAT/PUNTO ATTRACTIVE

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 29/04/2011

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

CPF/CNPJ do Proprietário 144.702.922-49

Renavam 00321597974

Número do Chassi 9BD118181B1151287

Número da Carroceria 71595946

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo FIAT/PUNTO ATTRACTIVE

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido, Meio Empregado

Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Kleiton da Silva Castro

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Sr. Delegado, o ROD GCM informa QUE em fiscalização de rotina se depararam com um acidente de trânsito no endereço acima citado envolvendo KLEYTON DA SILVA CASTRO que dirigia um veículo FIAT/PUNTO placa NAN 7224 e KATIA GOMES DA SILVA que trafegava como pedestre, tentando atravessar a Rua Uraricuera, que fora atropelada por KLEYTON, que de imediato prestou socorro à KATIA. QUE foi chamado o SAMU para prestar os primeiros socorros. QUE depois KATIA foi conduzida até o Hospital Geral, para conclusão do atendimento. QUE segundo informação do médico KATIA irá passar por uma pequena cirurgia num dedo do pé, mais que a mesma não corre risco de morte. QUE o KLEYTON se comprometeu e prestar todo o apoio à KATIA e arcar com todos os prejuízos. É o relato.

ASSINATURAS

Marcos Wanderley da Silva

Agente Carcerário

Matrícula 42000721

Responsável pelo Atendimento

Superintendencia da Guarda Civil Municipal

(Comunicante)

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



Delegado de Polícia Civil: Wulpslander Trajano Junior
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 28/11/2019 08:55
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos