

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:
2923446820201130180905

Processo 0828211-69.2020.8.23.0010 ☆ - (29 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9996 - Acidente de Trânsito

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência

Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Advogado NPJ ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor

Sequencial(Intervalo): ao **Data do Movimento(Período):** à

Descrição:

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
☐	9	30/11/2020 18:09:05	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
			JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	9.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2766518CONTESTACAO01.pdf	Público
	9.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2766518CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
	9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
	8	23/11/2020 00:01:13	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de KEVIN DA SILVA CALIXTO) em 23/11/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE MANDADO DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO (05/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.
	7	11/11/2020 12:56:56	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de KEVIN DA SILVA CALIXTO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE MANDADO DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO (05/11/2020)
☐	6	05/11/2020 20:35:30	DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE MANDADO DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO
	5	01/11/2020 16:41:59	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL
	4	01/11/2020 16:41:59	RECEBIDOS OS AUTOS
	3	01/11/2020 16:41:59	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição
	2	01/11/2020 16:41:59	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível
☐	1	01/11/2020 16:41:58	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL
			VICTÓRIA FRACALOSSI DE MELO Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08282116920208230010

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 **KEVIN DA SILVA CALIXTO**, 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 **15/04/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **27/12/2018**.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

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

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 27/12/2018 após 8 MESES da data do alegado acidente noticiado.

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

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 15/04/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

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)

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que 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.

Assim, 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 a parte Autora, 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.

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

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 HOUVE 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.”

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.

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

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

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

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme 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, 26 de novembro de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **KEVIN DA SILVA CALIXTO**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08282116920208230010.

Rio de Janeiro, 26 de novembro 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

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **KELVIN DA SILVA CALIXTO**

Nº Sinistro: **3180339927**

Vitima: **KELVIN DA SILVA CALIXTO**

Data do Acidente: **15/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180339927**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13144364



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: KELVIN DA SILVA CALIXTO

Nº Sinistro: 3180339927

Vitima: KELVIN DA SILVA CALIXTO

Data do Acidente: 15/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180339927**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **15/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

002.489.412-59

Kelvin da Silva Calixto

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Kelvin da Silva Calixto	002.489.412-59	Estudante
Endereço	Número	Complemento
Rua: macaúba	159	
Bairro	Cidade	Estado
Novo J. Aparecida	Boa Vista	Roraima
E-mail	CEP	Telefone (DDD)
		09.300-310
		(065) 9112-8775

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ NAO (341)			
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	DIV.	AGÊNCIA NRO.	DIV.
0053		006.026	7
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Boa Vista, 12 de junho de 2018

Local e Data

Kelvin da Silva Calixto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

Salvina
GENTE SEGURADORA S/A

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016095/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/04/2018 06:43 Data/Hora Fim: 15/04/2018 06:59
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 808572 Data: 15/04/2018
Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 15/04/2018 02:24

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: RUA MACUXI COM A RUA JOÃO XXIII

Bairro: Nossa Senhora

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1475: Acidente de trânsito sem vítima - Colisão com objeto móvel	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: MELQUIS COSTA PORTO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Idade: 39

Profissão: Policial Militar

Estado Civil: Sem Informação

Raça/Cor: Sem Informação

Nome da Mãe: Sem Informação

Documento(s)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

AGENTE SEGURADORA S/A

Nome: KELVI DA SILVA CALIXTO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 25

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Raça/Cor: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA MACUXI

Bairro: APARECIDA

Nº: 159

DAT
Confere com original
Data: 16/05/2018
Assinatura
Givanildo da Silva Vieira
Agente Carcerária de Polícia Civil
Mat. 042008502

Nome: GLEYDSON DA SILVA NOGUEIRA (CONDUTOR, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

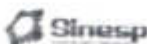
Sexo: Masculino

Profissão: Motorista de Caminhão

Estado Civil: Casado(a)

Raça/Cor: Sem Informação

Endereço



Delegado de Polícia Civil: Clayton Alexandre Ellwanger
Impresso por: Givanildo da Silva Vieira
Data de Impressão: 16/05/2018 10:31
Protocolo nº: Não disponível

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016095/2018

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA TENENTE CICERO

Bairro: APARECIDA

Nº: 450

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAX7160	Número do Chassi 30396
Ano/Modelo Fabricação 2010/2009	Cor ROXA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 E	Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 E
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido

Gleydson da Silva Nogueira

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

SENHOR DELEGADO A GUARNIÇÃO DA PM VEM INFORMAR, QUE FORAM ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER UM ACIDENTE DE TRANSITO NO ENDEREÇO ACIMA CITADO; QUE NO LOCAL FOI CONSTATADO O SINISTRO ONDE SE ENCONTRAVAM OS ITENS 01, GLEYDSON E O ITEM 02, KELVI; QUE FORAM INFORMADOS PELO ITEM 01, QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA, NA RUA MACUXI, SENTIDO BAIRRO 31 DE MARÇO, QUANDO AO CHEGAR NO CRUZAMENTO ACIMA CITADO, FOI COLIDIDO POR UMA PICAPE GM S 10, QUE NÃO SOUBE INFORMAR A COR E NEM A PLACA, QUE TRAFEGAVA NA RUA JOÃO XXIII, SENTIDO BAIRRO/CENTRO; QUE APÓS A COLISÃO O CONDUTOR DA GM/S10 FUGIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO AOS ITENS 01 E 02; QUE A PERÍCIA NÃO FOI ACIONADA POR TER SIDO VIOLADO O LOCAL; QUE A MOTOCICLETA DO ITEM 01, FOI NOTIFICADA E RECOLHIDA AO PÁTIO DO CRD; QUE OS ITENS 01 E 02 FORAM ATENDIDOS PELO SAMU E CONDUZIDOS AO PSE; QUE OS ITENS 01 E 02 APARENTAVAM TER INGERIDO BEBIDA ALCOÓLICA. É O RELATO.

ASSINATURAS

Luiz Eduardo de Oliveira Cruz
Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) signatário(s) responsável pelas informações acima asseridas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que do origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



DAT ~
Confere com original
Data: 16 / 05 / 2018
Assinatura
Givanildo da Silva Vieira
Agente Carcerária de Polícia Civil
Mat. 042000908



Delegado de Polícia Civil Clayton Alexandre Ellwanger
Impresso por: Givanildo da Silva Vieira
Data de Impressão: 16/05/2018 10:31
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

PMRR - CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº

SÉRIE J

808572

Vlr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/Ini	H/Fim	H/Fir
107	CIPTUR	15/04/18	LESTE	02:24	02:24	02:41	04:30
Cód:Oc	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini	Km/Fim			
1001/1003	13005/13999	XXXXXXX	33453	33491			

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Rua: RUA MACUXI C/ RUA JOÃO XXIII

Bairro: APARECIDA

Refe.: CRUZAMENTO

PESSOAS RELACIONADAS

1	MOTOQUEIRO	Nome: GLEYDSON DA SILVA NOGUEIRA	Idade: 44 A	E. Civil: CASADO
Endereço: RUA TENENTE CICERO, 450 APARECIDA				
Edt. R.G.	NÃO PORTAVA	CNH	NÃO POTAVA	Profissão: CAMIONEIRO
2	GARUPA	Nome: KELVI DA SILVA CALIXTO	Idade: 25	E. Civil: SOLTEIRO
Endereço: RUA MACUXI, 159 APARECIDA				
Edt. R.G.	NÃO PORTAVA	CNH	XXXXXXXXXXXX	Profissão: ESTUDANTE
3		Nome:	Idade:	E. Civil:
Endereço:				
Edt. R.G.		CNH		Profissão:
4		Nome:	Idade:	E. Civil:
Endereço:				
Edt. R.G.		CNH		Profissão:

POLÍCIA MILITAR - RR
E.G. CPC-P2-P8
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 18/04/18
SGT PM VILSON

VEÍCULOS E DANOS

V1 - YAMAHA YBR FACTOR DE COR ROXA DE PLACA NAX 7160 - DANOS: PARCIALMENTE DESTRUIDA.

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S); NÃO houve conduzidos e/ou apreendidos.

ASSINATURA

CARGO APC

LOCAL 1º DP

HISTÓRICO

Senhor delegado, fomos acionados via CIOPS para atender um acidente de trânsito no endereço acima citado. No local foi constatado o sinistro onde se encontrava os ITENS 01 e 02. Fomos informados pelo ITEM 01 que ele conduzia a MOTOCICLETA YAMAHA YBR FACTOR DE COR ROXA DE PLACA NAX 7160, na Rua Macuxi sentido Bairro 31 de Março, quando ao chegar no cruzamento acima citado foi colidido por uma picape GM S10 que não soube informar a cor e nem a placa, que trafegava na Rua João XXIII sentido Bairro/Centro. Que após a colisão o condutor da GM S10 fugiu do local sem prestar socorro aos ITENS 01 e 02; Que a perícia não foi acionada por ter sido violado o local; Que a motocicleta do ITEM do 01 foi notificada e recolhida ao pátio do CRD; Os ITENS 01 e 02 foram atendidos pelo SAMU e conduzidos para o PSE pelos os mesmo; Que os ITENS 01 e 02 aparentavam ter ingerido bebida alcoólica.

Era o que tinha relatar.

MELQUIS COSTA PORTO

40.319-9

Nº

SGT/PM

Posto/Graduação

CIPTUR

SUOP

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazzani, 484 - Bos Vista - RR

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Kelvin da Silva Calisto

CPF da Vítima

002.489.412-99

Data do Acidente

15/04/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

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

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Rua Casarão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RJ

Boa Vista, 12 de junho de 2018

Local e Data

Kelvin da Silva Calisto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



192

FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: SUV Equipe: Carla/Carla/Celio/Natalino
 Paciente: 1 Celvin da Silva Palisto Idade: 26 Sexo: M
 Endereço: Rua João XXIII Aparecida via pública

Nº 6539 DATA 15 JUL 18 HORA: 02:22

Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Alysson 02:35

MOTIVO ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	MOTO:	VIOLÊNCIA	OUTROS
Cinto ☐ SIM ☒ NÃO	☐ Condutor	☐ FAB	☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajetos
Vítima ☐ projetada	☐ Carona	☐ PAF	☐ Queda, Altura aprox.:
☐ encarcerada	Capacete ☒ SIM ☐ NÃO	☐	☐ Acidente Doméstica
Air Bag: ☐ SIM ☒ NÃO	☐ queda	Espancimento	☐ Queimadura Agente
Motorista: ☐ dianteiro	☐ Atropelamento	☐ Violência Doméstica	☐ Agressão p/ animal
Passageiro: ☐ traseiro	☒ Colisão <u>Carro</u>	☐ Violência Sexual	☐ Outros:
☐ Capotamento	BICICLETA:	☐ Tentativa de suicídio	
☐ Atropelamento	☐ Condutor	☐ Outro:	
☐ Colisão	☐ Carona		
	☐ queda		
	☐ Atropelamento		
	☐ Colisão		

Vias Aéreas	Ventilação	AValiação INICIAL	Circulação	Aval. Neurológica
☐ Dispneia	M.V. Diminuído	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT	Bradicárdico	☒ AVDN
☐ Bradipneia	M.V. Ausente	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	Taquicárdico	Miose <u>1</u>
☐ Taquipneia	Hiperfempanismo	24 JUL 2018	Arritmico	Mioclônus
☐ Resp. Ruidosa	Maciez		Enchimento	Anisocoria
☐ Obstruída	Ferida Aspirativa		capilar acima de 2"	Otorrêa
☐ Agnêia	<u>SIA</u>		Ausente	Otorrêa
☐ Outro: <u>SIA</u>			<u>SIA</u>	Rinorréia
				Aparentemente alcoolizado
				DNV

Hora	P.A. mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início								
Fim								

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
☒ Corada	☒ Contusão	☐ Contusão	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Escoriações
☐ Quen	☐ Escoriações	☐ Espoonções	☐ Lacerações	☐ Lacerações	☐ Lacerações
☐ Pálida	☐ Laceração	☐ Lacerações	☐ Hematoma	☐ Tórax instável	☐ Distendido
☐ Fria	☐ Hematoma	☐ Ferimento ocular	☐ Desvio da traquéia	☐ Resp. paradoxal	☐ Em tábua
☐ Úmida	☐ Afundamento		☐ Engasgo subcutâneo	☐ Tamponamento	☐ Dor intenso
☐ Seca	☐ Fer.				☐ Evisceração
☐ Cianótica	☐ Penetrante				

Pelve	Coluna Dorsal	Membros
☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão
☐ Escoriações	☐ Hematoma	☐ Escoriações
☐ Dor	☐ Dor	☐ Lacerações
☐ Instabilidade		☐ Luxações

AVALIAÇÃO CARDÍACA	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
☒ Ritmo Sinusal	☐ Respiratória	☐ Diabetes
☐ Taquicardia	☐ Neurológica	☐ Cardiopatia
☐ Bradicardia	☐ Psiquiátrica	☐ HAS
☐ Flutua	☐ Metabólica	☐ Medicação de uso
	☐ Cardiovascular	
	☐ Aborto	

GRAVIDADE COMPROVADA	PEQUENA	MÉDIA	OUTRO
☐ ILESO	☐ MORTE	☒ INDETERMINADA	
☐ SEVERA			

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

INCIDENTE	MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS
☐ Cancelamento	☒ Polícia Militar
☐ Recusa de Atendimento	☐ Guarda Municipal
☐ Não se encontrava no local	☐ SMTRAN
☐ Recusa de hospitalização	☐ Bombeiro
☐ Trófe	☐ Outros:
☐ Bombeiro no local:	

INICIADA AS:	TÉRMINO AS:	DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

RCP
☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
Obs.:

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no caso de acidente)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (da vítima)

INCIDENTE

RCP

CONFERE COM O ORIGINAL
 EM: 11/05/18
 [Assinatura]

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

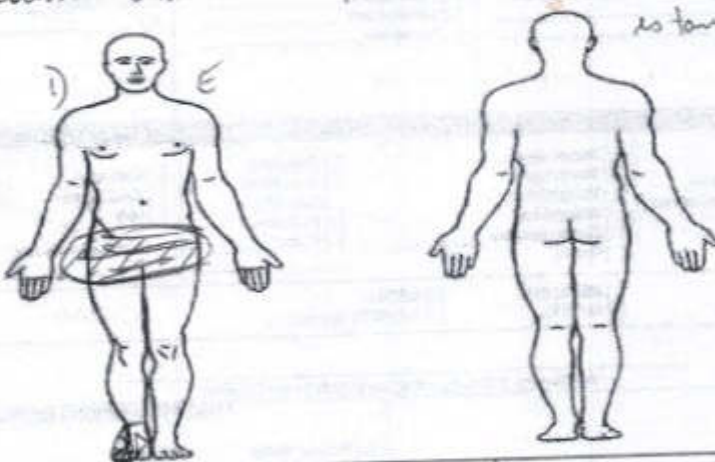
DESTINO	Atendido no local Trauma HGR Pronto Atendimento Coronel Mota	☐ Cosme e Silva ☐ HCSA ☐ Maternidade ☐ Outros	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 24 JUL 2018

TERMO DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	GENTE SEGURADORA S/A
	Função do Receptor:	Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG: _____

Colisão moto e carro. Encontra paciente caído em via pública, em pé, no solo de asfalto. Testemunhas relatam perda de consciência no local. Acionado grupo da BR-05. Paciente apresenta uma extensa lesão no pé direito (trauma na região da pelve). Paciente apresenta dor na região da pelve (trauma na pelve?).

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala				
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4		10-24	4	
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25-35	3	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		≥ 36	2	
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1		01-09	1	
Melhor Resposta Verbal	Orientado	Balucia	5		0	0	
	Confuso	Choro irritado	4		> 90	4	
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3		70-89	3	
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2		50-69	2	
Melhor Resposta Motora	Nenhuma	Nenhuma	1		01-49	1	
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6		0	0	
	Localiza a dor	Retira-se do toque	5		14-15	5	
	Flexão normal	Retira-se dor	4		11-13	4	
	Flexão anormal	Flexão normal	3		8-10	3	
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		5-7	2	
	Nenhuma	Nenhuma	1		3-4	1	

Colocado colar cervical e sobre mancha rígida. Redigido curativo + imobilização do pé direito. Paciente passado para os cuidados da BR-05 para que o SAMU pudesse atender o paciente em estado grave que também estava no local.



Dr. Célio Wanderley Jr.
MÉDICO
CRM-RR 1580

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____		
Perda de líquido: _____	BCF: _____		
☐ Com cartão ☐ Sem cartão			



CNPJ: 06.938.487/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 24.006.114-4
RUA NELSON JONES, 218 - SÃO PEDRO - CEP. 13.200-410



Matrícula: 93289

Janeiro/2018

Cliente:
ARTEMIZIA SERIO DA SILVA

Endereço do imóvel:
RUA MACULI 159 - NOSSA SENHORA APARECIDA
BOA VISTA RR 6906-318

Inscrição	Rota	Seq. Rota	Economias
001.006.123.0362.000	19	665	RESIDENCIAL
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
Y125469633	19/10/2012	LIGADO	LIGADO
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 2108	2135	27	32
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 12/12/2017	13/01/2018		

ULTIMOS CONSUMOS

201712	44.0
201711	50.0
201710	54.0
201709	54.0
201708	25.0
201707	27.0
MEDIA	37

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5440 - 2006 G.M.					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDIDADE	PH	C. TOTAL	C. COL.
EXISTENTE	160	160	160	160	160
ANALISADO	219	219	219	219	219
CONFORME	205	219	219	219	219

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	27 M3	84,87
ESGOTO	80.0 % DO VALOR DE ÁGUA	67,89
TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 12/2017		5,51
MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2017 10/2017		7,35
JUROS DE MORA 09/2017 10/2017		5,61

VENCIMENTO: 15/02/2018

TOTAL A PAGAR 171,23

AVISO: EM 31/12/2017 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Carlos João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

Jania Helena
(95) 99139-8405
3224-6579

vivo

Nº da Conta: 0220918673
Mês de referência: 01/2018
Período: 06/12/2017 a 05/01/2018
Data de emissão: 07/01/2018

TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO
R ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 347
SAO FRANCISCO
69305-270 BOA VISTA - RR



www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 957
CEP 69.305-005 - Boa Vista - RR
I.E.: 240108035
CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62
CNPJ Filial: 02.558.157/0016-49

Vencimento
21/01/2018

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

INFORMAÇÕES 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 Tânia Helena L. de Melo inscrito (a) no CPF/CNPJ 421.026.772 / 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Kevin da Silva Calixto inscrito (a) no CPF sob o Nº 002.489.412 / 39 do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da Vítima Kevin da Silva Calixto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 002.489.412 / 39, 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>R. Antônio Augusto Martins</u>		Número <u>347</u>	Complemento
Bairro <u>São Francisco</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.305-270</u>
Telefone comercial(DDD) <u>(95) 3271-6579</u>		Telefone celular (DDD) <u>(95) 99139-8405</u>	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Carlos João Saverio, 484 - Boa Vista - RR

Boa Vista 10 de Julho de 2018
Local e Data

Tânia Helena L. de Melo
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Alessandra Pereira Tome,

RG nº 117.922, data de expedição 06/10/2004

Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 593.401.422-68, com

domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de

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

Rua: Tenente Figueira, nº 450,

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

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

vítima Kelvin da Silva Calixto cujo o condutor era

Gleydson da Silva Nogueira

Veículo: matocieleto

Modelo: Yamaha Factor YBR 125

Ano: 2010/2009

Placa: NUX-7160

Chassi: 9C6KE1210A0030396

Data do Acidente: 15/04/2018

Local e Data: Rua: João 23 C/ Rua Maurici, Bairro: Aparecida

 Alessandra Pereira Tome
Assinatura do Declarante

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



Cariny C. C. Esbell Braglia
Escritor Autorizada
Cartório Loureiro

NOTA: Certifico que o presente documento
apresentado neste Cartório na data
indicada no carimbo eletrônico de
reconhecimento. Dou fé.



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



1800936449 15/04/2018 05:40:01

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente: **KELVIN DA SILVA CALISTO** Data Nascimento: **20/09/1961** Idade: **36 A 6 M 25 D** CNS: **07** NOTURNO 13- 14

CPF: **07** Pronúncia: **14**

Mãe: **VIGINEIDE VERICIMO DA SILVA** Sexo: **M** Estado Civil: **SOLTEIRO (APARDA)** Raça/Cor: **BRASILEIRA** Nacionalidade: **BRASILEIRA**

Endereço: **RUA - MACUXI - 59 - APARECIDA - BOA VISTA - RR** Contato: **SILAS, SILVA** Ocupação: **Vigilante**

Classe de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Nº da Carteira: **Validade** Autorização: **Sis Prontat**

Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: **Procedência** Temp.: **Poso** Pressão: **Registrado por: SILAS, SILVA**

Sefor: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol.: **Registado por: SILAS, SILVA**

Queixa Principal: **[] Síndrome Febril [] Sintomático Respiratório [] Suspeita de Dengue**

Anamnese do Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: **h**) **GSC** **TOTAL**
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

*Anamnese - (HORA DA CONSULTA: **h**)*
Paciente vítima de acidente de moto em via pública com trauma em PE D + torção

Exame Físico

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Hipótese Diagnóstica: **24 JUL 2018**

SADT - Exames Complementares: **RAIO-X** **ULTRA-SON** **GENTE SEGURADORA S/A** **URINA** **ECG** **OUTROS:**

PRESCRIÇÃO

D - Cefotaxima 2 g IV

D - Diprospan 1g/10ml dil 5/100ml

Suturo

APRAZAMENTO **OBSERVAÇÃO**

Conduta: **[] Alta por Decisão Médica** **[] Ambulatório** **[] Alta a Pedido** **[] Observação (Até 24h)** **[] Alta a Revelia** **[] Internação** **[] Transferência para:**

óbito: **Antes do 1º Atendimento? [] Sim [] Não** Destino: **[] Família** **[] Hospital** **[] Outros**

Assinatura do Paciente ou Responsável: **[Assinatura]**

Assinatura do Médico: **[Assinatura]**

Carimbo: **Carimbo do Médico**

Impresso por: silas.silva
Data Hora: 15/04/2018 05:41:33



AMARELO BLOCO E

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

HG

1800943588 30/04/2018 10:14:42

Paciente: KELVIN DA SILVA CALIXTO

Tipo Doc: Documento

IDENTIDADE: 3558479

Mãe: VICINEIDE VERISSIMO DA SILVA

Endereço: RUA - MACUXI - 159 - APARECIDA - BOA VISTA - RR

Class. do risco: AMARELO

Motivo do Atendimento: SPA - PRONTO ATENDIM

Sector: PRONTO ATENDIMENTO

Quelixa Principal: FERIDA COM ODOR INTENSO E NECROSE

Anamnese de Enfermagem: NEGA DM, HAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Anamnese - (HORA DA CONSULTA -)

Exame Físico: (Aparecer)

Hipótese Diagnóstica: Ferida com odor intenso e necrose

SADT - Exams Complementares: (X) RAO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS

PRESCRIÇÃO: 1) Tumor com 40 e 10.88 2) Deforção 18 x 10 3) Curativo

APRAZAMENTO: 13:40

OBSERVAÇÃO: 1) Tumor com 40 e 10.88 2) Deforção 18 x 10 3) Curativo

Condição: () Alta por Decisão Médica () Alta a Pedido () Alta a Revelia () Transferência para:

óbito: Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: _____

Carimbo e Assinatura do Médico: _____

DIURNO 07-18

CPF: 00248041259

Nacionalidade: BRASILEIRA

Ocupação: NÃO INFORMADA

Sit. Prenatal: 120 x 80

Procedência: 36.40

Procedimento Sol: _____

Registrada por: ALESSANDRA CRISTINA

Suspeita de Dengue: ()

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S/A

Dr. M. C. Torres Damasceno

CRM - RR: 10000

Endereço: Rua da Paz, 100 - Boa Vista - RR

Dr. Yany Leopoldo

Leoni Gonzales

CRM - RR: 10000



cirurgia geral

há 16 dias, paciente sofreu acidente automobilístico (carro x moto). Paciente relata que procurou assistência médica após acidente, houve realização de procedimento de sutura em pé ⑤ na região do dorso e plantar. Há 16 dias faz uso de cefalexina 616 h e ibuprofeno. Relata que durante esse período fez umative no posto 31 de março e equipe de enfermagem encomendou pl analisado ^{no UGE} novamente devido a áreas de necrose. ^{em} há 2 dias houve saída de secreções ^{em} fétidas e com cheiro a febre, e secreções fétidas e edema. Faz unativo em casa e uso óleo de andiroba.

os rda de fúide. Paciente relata saída de corpo estanho (papel e pedras). há 1 dia.

ao exame físico: BCG, tórax auscultado, útero, supúrculo, normocorado, hidratado.

AC: RCE 2x BNF SIS

AR: mu+ bilateralmente, SEA

ABD: Ø

Ext: pé ⑤ edemaciado, fúide com necrose de borda

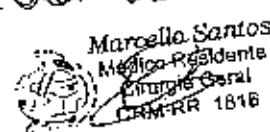
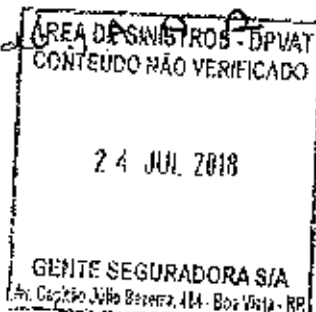
fúide aberta com presença de pequenos corpos estanhos, saída de secreções serosas fétidas. Pomei pontos de sutura

cd: - Sugiro internação hospitalar pelo cuidado do clínico;

- Solicitar parecer do cirurgião geral pl
marçoço de desbridamento em CC,

SC O Leundo

Ans Paula R L



1905

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

HUA

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HUA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Belu da Silva

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/09/91

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

M

9 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Vicente de Venâncio da Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO

913 919 11 28777

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Aparecida

14 - CDD. UGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ptx com história de acidente de moto há 16 dias, agora com frimento com necrose e secreção fétida no pnd.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

18 - PRINCIPAIS EXAMES E RESULTADOS DE EXAMES

clínicos

19 - PRINCIPAIS EXAMES E RESULTADOS DE EXAMES

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIA

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Lesão Infetada. PND.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Jany Leopoldo Leon

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO (RP DO REGISTRO DO CONSELHO)

Leon Leopoldo Leon
CRM 1962-RJ

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CDD. EMPRESA

36 - ACIDENTE DE TRABALHO

37 - CDD. EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CNAE DA EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

AUTORIZAÇÃO

43 - Nº DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTORIZADOR

44 - Nº DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTORIZADOR

45 - Nº DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTORIZADOR

46 - Nº DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTORIZADOR

47 - Nº DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTORIZADOR

48 - Nº DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTORIZADOR

49 - Nº DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTORIZADOR

49 - Nº DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTORIZADOR

50 - Nº DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTORIZADOR

51 - Nº DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTORIZADOR

52 - Nº DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTORIZADOR

53 - Nº DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTORIZADOR

54 - Nº DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTORIZADOR

55 - Nº DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTORIZADOR

56 - Nº DE IDENTIFICAÇÃO DO AUTORIZADOR

0303080078
2080

Ata 4.5

PREScrição Médica Diária

UNIDADE/SECTOR: PAAR

DIAGNÓSTICO: FERMENTO INFECTADO PLANTAR D

NOME DO PACIENTE: KELVIN DA SILVA CALIXTO

QUARTO:

LEITO:

REGISTRO

PREScrição

HORARIO

Realizado Visita e Orientações

Viviane Lúndi Ferreira

Enfermeira
COREN-RR 114280

ÁREA DE SINISTROS - DPV
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

AGENTE SEGURADORA S/A
R. L. Costa, São Bento, 484 - Boa Vista - RR

DATA/HORA	PREScrição	HORARIO
30/04/18	1. Dieta livre vo	
13:35	2. Hidratação 500ml s/sf ev ACM	
	3. SSVV+CCGG 6/6h	
	4. Ceftriaxona 1g 12/12h EV	
D1	5. Metronidazol 500mg ev 8/8h	
	6. Dipirona 1g + AD EV 6/6h S/N	
	7. Ranitidina 50mg EV 8/8hs	
	8. Plasil 01 amp EV de 8/8h S/N	
	9. Captopril 25mg se PAS > 160/90 ou PAD > 110mmHg	
	10. Dextro 6/6 h	
	11. Insulina R ou GH 50% segundo esquema	
	12. Curativo diário	
	13.	

SINAIS VITAIS

ESQUEMA DE INSULINA

MEDICÇÃO DE GLICEMIA

INSULINA

HORA

DEXTRO

HORARIO

06

18h

21h

06h

DEXTRO

GLICOSE 50% 40ML EV

7h

DEXTRO

PA

100/70

100/60

90x60

151 - 180

02 UI - SC

11h

90 mg UI.

PC

64

68

72

181 - 210

04 UI - SC

17h

21h

TEMP. AXILAR

36,5°C

35°C

36°C

211 - 240

06 UI - SC

21h

21h

FR

241 - 270

08 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

21h

21h

DIURSE

271 - 300

10 UI - SC

271 - 300

10 UI - SC

21h

21h

Elenilda Lima
Téc. Enfermagem
COREN-RR 664.136

Elenilda Lima
Téc. Enfermagem
COREN-RR 664.136

M. Anello de S. Aguiar
Téc. De Enfermagem
COREN-RR 664.136

M. Anello de S. Aguiar
Téc. De Enfermagem
COREN-RR 664.136

Dr. Yany Leopoldo
Leonardo César
CRM 15602-RR

Dr. Yany Leopoldo
Leonardo César
CRM 15602-RR

Dr. Yany Leopoldo
Leonardo César
CRM 15602-RR

Dr. Yany Leopoldo
Leonardo César
CRM 15602-RR

PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

P3

UNIDADE/SECTOR: PAAR	QUARTO:	LEITO:	REGISTRO:
DIAGNOSTICO: FERMENTO INFECTADO EM P.E.D		Realizado visita e orientações	
NOME DO PACIENTE: KEL VIN DA SILVA CALIXTO		PETE REG () REG () REG ()	
		acompanhado S () N ()	

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORARIO
02/05/18	1. Dieta livre VO	SND
	2. Hidratação 500ml ssf ev ACM	ACM
	3. SSVV+CCGG 6/6h	ACM
D3	4. Ceftriaxona 1g EV 12/12h	14h 18h 22h
D3	5. Metronidazol 500mg EV 8/8h OU 400mg VO de 8/8h	08h 16h 24h
	6. Dipirona 1g + AD EV 6/6h FIXO	14h 20h 24h
	7. Rantidina 50mg EV 8/8hs	14h 20h 24h
	8. Plasil 01 amp EV de 8/8h SN	SLV
	9. Captopril 25mg se PAS=160 e/ou PAD >=110mmHg	SLV
	10. Dextro 12/12 h 0 12=11 18=127	24=99 24=11mL
	11. Insulina R ou GH 50% segundo esquema	SLV
	12. Curativo diario	Realiz. di
	13. AGUARDA RESPOSTA DO PARECER P/ CIRURGIA GERAL (solicitado 01/05/18)	

SINAIS VITAIS				ESQUEMA DE INSULINA		MEDICAÇÃO DE GLICEMIA	
HORARIO	12H	18H	24H	06H	DEXTRO	INSULINA	HORA
PA	130x70	110x80	110x70	90x60	<70	GLICOSE 50% 40ML EV	24
FC	30	82	80	67	151 - 180	02 UI - SC	113 mg/dL
TEMP. AXILAR	36,4C	36,5C	36,5C	36,7	181 - 210	04 UI - SC	127
FR					211 - 240	06 UI - SC	
DIURESE					241 - 270	08 UI - SC	
EVACUAÇÃO					271 - 300	10 UI - SC	

AREDE SHISTROS - DPAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENE SEGURADO

Realizado visita e orientações
acompanhado S () N ()

Angela Mac Nelo Antunes
Enfermeira
COREN-RN 345.331

Realizado visita e orientações
acompanhado S () N ()

Carlos A. Teixeira
Enfermeiro
COREN-RN 143.777

Priscila S. Calixto
Enfermeira
COREN-RN 223.648-EV

Realizado visita e orientações
acompanhado S () N ()

Realizado visita e orientações
acompanhado S () N ()

Realizado visita e orientações
acompanhado S () N ()

Dr. Carlos A. Teixeira
Enfermeiro
COREN-RN 143.777

Dr. Nilton da Silva
Aux. Enfermeiro
COREN-RN 413.333

Dr. Nilton da Silva
Aux. Enfermeiro
COREN-RN 413.333

Dr. Nilton da Silva
Aux. Enfermeiro
COREN-RN 413.333



100%

ADMISSÃO PRÉ-OPERATÓRIA

Maria Medeiros
Médica Residente
Clínica Geral
CRM-RR 19893

PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

502-5

P3 23

UNIDADE/SETOR: PAAR

DIAGNOSTICO: FERIMENTO INFECTADO EM PED

NOME DO PACIENTE: KELVIN DA SILVA CALIXTO

Q.L. RTO:

LEITO:

REGISTRO

DATA/HORA

PRESCRIÇÃO

HORARIO

03/05/18

1. Dieta Oral Livre a dieta geral após 00h

SND

ACR

08:00 (Inclusão de...

17:00 (Inclusão de...

2. Hidratação 500ml EV 6h

3. SSVV+CCGG 6/6h

4. Ceftriaxona 1g EV 12/12h

5. Metronidazol 500mg EV 8/8h OU 400mg VO de 8/8h

6. Difenidol 1g + AD EV 6/6h FIXO

7. Pantidina 50mg EV 8/8h

8. Plasil 01 amp EV de 8/8h SN

9. Captopril 25mg sc PAS>=160 e/ou PAD>=110mmHg

10. Dextro 12/12h 1

11. Insulina R ou GH 50% segundo esquema

12. Curativo diário

13. Cirurgia Geral irá abordar o paciente amanhã 04/05 a tarde

Atenc

Atenc

ESQUEMA DE INSULINA

INSULINA

HORA

DENTRO

GLICOSE 50% 40ML EV

11H

18mg 120

12H

130x70x30-90

110x60

<70

02 UI - SC

11H

18mg 120

24H

130x70x30-90

110x60

<70

02 UI - SC

11H

18mg 120

PA

79

82

151 - 180

02 UI - SC

11H

18mg 120

PC

79

82

151 - 180

02 UI - SC

11H

18mg 120

TEMP. AXILAR

36.5

35.8°C

181 - 210

04 UI - SC

11H

18mg 120

FR

211 - 240

06 UI - SC

08 UI - SC

11H

18mg 120

DIURESE

271 - 300

10 UI - SC

10 UI - SC

11H

18mg 120

EVACUAÇÃO

271 - 300

10 UI - SC

10 UI - SC

11H

18mg 120

Danião Reges de Melo
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 509.886



Carlos Eduardo
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 1000522-1E

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Getúlio Vargas, 44 - Boa Vista - RR

18mg 120

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		AUTORIZAÇÃO		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				0415040035	
() CNS		() CPF				R02	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
11/11/18							



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

EVOLUÇÃO

DATA
HORA

3 Reluim da Sma Calixto

5

Paciente no leito, BBO, expulso, afonia,
stomatite, função fisiológica preservada

CD: Mantida

Cirurgia vai abenda amanha 04/05 à tarde


Dra. Hevelin Aline Costa
Médica
CRM-RR 1883

04 Paciente encontra-se na leito

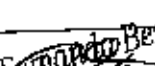
09

18

estável, sem intercorrências nas ultimas 24h.
fluxo urinário em R(1) e febre e diarreia e vômitos

CD= suporte clínico

Realiza Desbridamento de R(1) drage à
tarde na C.C.


Dra. Fernando Bezerra
Médica
CRM-RR 1883

ÁREA DE SIJISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S/A Av. Carlos João Batista, 114 - Boa Vista - RR

ASSINATURA: _____

CRM: _____



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amizade e Desenvolvimento das Fronteiras"

FICHA DE ANESTESIA

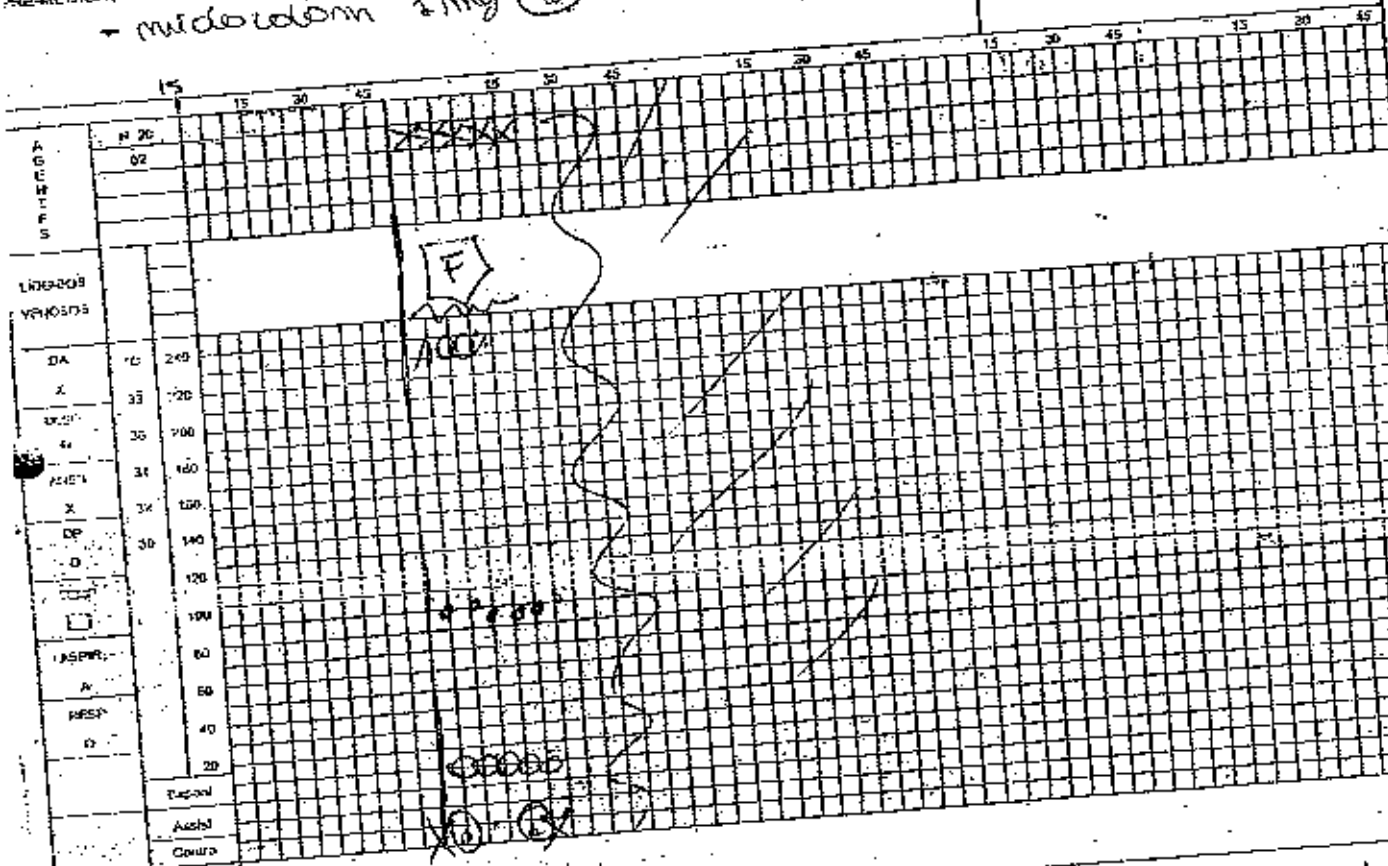
Helvin da Silva Galvão

Bom Lim - RN

Nº 04.05.18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

- midazolam 1mg (U)



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A		Bedacaps	X - Intubação orotraqueal
B		Ventose	1 - O2 50% cm. 2L/min
C			2 - Midazolam 1mg (U)
D			3 - Remifentanyl 50 mg (U)
E			4 - Terexicam 40mg (EV)
F			5 - Opiocoma 2g (EV)
G			
H			
I			
J			
K			
L			
M			
N			
O			
P			
Q			
R			
S			
T			
U			
V			
W			
X			
Y			
Z			

Desbridamento em pé esquerdo

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENE SEGURADORA S/A

Dra. Ana Paula Rômulo
Médica Anestesiologista
CRM-RN 14006

GENE SEGURADORA S/A
Av. Carlos de Faria Menezes, 111 - Boa Vista - RN



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

EVOLUÇÃO

A
A

18

Kelvin da Silva Calisto, 26 anos

Cirurgião: dr. Antônio Delmino

1º auxiliar: dr. Karina Kendra

2º auxiliar: dr. Lucas R2

3º auxiliar: marla mi Kaely R1

Anestesista: dr. Ana Paula

Tipo de intervenção: desbridamento cirúrgico em pé D.

Boletim Operatório

- 1) paciente em DDH sob anestesia geral
- 2) Curseps + antirrupção + campos estéreis
- 3) Ident. feita logo em dorso, logo em região plantar na base medial do pé direito com áreas de necrose.
- 4) Retirada de tecido desvitalizado/incrústo e visualização de tecido de granulação.
- 5) limpeza de lesão + curação de hemostasia.
- 6) Realizado curativo oclusivo com Kollagenase.

Antônio A. Delmino
Cirurgião Geral
CRM-RR-1099

Karina Kendra M. Marinho
Médica Cirurgio Geral
CRM/RR-1912
ASSINATURA:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Vin da Silva <i>estirado</i>				04 / 05 / 18
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO		
debridamento MID		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		15:52	16:06	
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		
DR Antônio		RES. ANESTESIA:		
AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		
DR Loucas		CIRCULANTE		
AUXILIAR		Rouale + cristiane		
TEMPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.			FRASCOS: SORO FISIOLÓGICO 500
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
	LJIVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL [®]
	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON [®]
	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA [®]
	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA [®]
	LÂMINA BISTURIN [®] 15			FIO CATGUT SIMPLES [®]
	DRENO DE SUÇÃO [®]			FIO CATGUT CROMADO [®]
	DRENO DE TORAX [®]			FIO PROLENE [®]
	DRENO DE PENROSE [®]			FIO SEDA [®]
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL Abadura de crepom
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO Estéril
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATAN [®]
	SERINGA 10ML			GHOFAM Fibrose
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA
1	doxeridine ± 150ml			OUTROS:

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	<i>Pereira</i>	SUB-TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
	<i>Loucas</i>	TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO				

24 JUL 2018

CENTE SEGURADORA S/A
Av. Duque de Caxias, 444 - Boa Vista - RR



PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA

SETOR: BLOCO E ENFERMARIA: + LEITO: 05 DN: D/HGR: D/BE: 04/05/18

NOME DO PACIENTE: Kelvin da Silva Calixto

HD: Ferimento infectado em pé direito

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
07/05/2018	1. Dieta oral livre	5h
	2. SF 0,9% 500ml EV ACM	5h
	3. Ceftriaxona 1g EV 12/12h	5h
D8	4. Metronidazol 500mg EV 8/8h ou 400mg VO 8/8h	5h
D8	5. Daptoma 1g EV 6/6h	5h
	6. Plasil 10 mg EV 8/8hs (SN)	5h
	7. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110	5h
	8. Ranitidina 50 mg EV 8/8h SN	5h
	9. Dextro 12/12h	5h
	10. Curativo diário com colagenase em pé d	5h
	11. Insulina R ou GH 50% segundo esquema ao lado	5h
	12. SSVV + CCGG	5h

Dr. Plácido A. Fernandes
CRM-PR 11766

1700h; Não foi atendida a Adm. medicacão noturna
Não foi o Paciente em procedimento de
Não foi o Paciente em procedimento de
Não foi o Paciente em procedimento de

18:45h realimenta SSVV. 18:45h
Plástico impermeável sobre o ferimento
Adesivo de oclusão



Médico (a) Plácido A. Fernandes
Residente Dr. Plácido Fernandes

RECEBUELA PRISILEIA MESQUITA
CONTROLE DO NÃO VERIFICADO
JUL 2018
CURADORA S/A
FICHA 434 - Boa Vista - 02

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR	
Até 200: 0	301 - 350: 06 UI
201 - 250: 02 UI	351 - 400: 08 UI
251 - 300: 04 UI	> 401: 10 UI (Curar Placido)
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL	

REGISTRO DE ENFERMAGEM				
SINAIS VITAIS				
Horário	06h	11h	17h	23h
PA	122x70	128x75	118x84	124x85
FC	80	84	84	67
Tax	35°C	36,4°C	35,9°C	35,5°C
FR	1	22	22	22
Evacuação	+	+	+	+
Diurèse	+	+	+	+
Dextro	102			
Insulina				
Regular				
SNG				
Dreno				

08/05/18
18:25h Paciente em repouso no leito,
medicado c.p.m., com curativo do ferimento
Elevado para 30cm



PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA

SETOR: BLOCO E - ENFERMARIA:

LEITO: 05 | DN:

DI/HGR: 04/05/18

NOME DO PACIENTE: Kelvin da Silva Calixto

HD: Ferimento infectado em pé direito

DATA/HORA: 08/05/2018

HORÁRIO

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1. Dieta oral livre	5:00h
2. SF 0,9% 500ml EV ACM	08:00h
3. Ceftriaxona 1g EV 12/12h	08:00h
4. Metformina 500mg EV 8/8h ou 400mg VO 8/8h	08:00h
5. Diltiazem 1g EV 6/6h	08:00h
6. Plasil 10 mg EV 8/8hs (SN)	08:00h
7. Ranitidina 50 mg EV 8/8h SN	08:00h
8. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110	08:00h
9. Dextro 12/12h	08:00h
10. Insulina R ou GH 50% segundo esquema ao lado	08:00h
11. Curativo diário com colagenose em pé D	08:00h
12. SSVV + CCGG	08:00h

Dr. Priscila Mesquita
Enfermeira
CRM-RR 1726

Ana Patrícia S. de Paula
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 001247.761 TE

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENITE SEGURADORA S/A
Rua Celso João Pereira, 444 - Boa Vista - RR

Médico (a): Dra. Priscila Mesquita

Residente: Dr. Plácido Fernandes

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

Até 200: 0	303 - 350: 06 UI
201 - 250: 02 UI	351 - 400: 08 UI
251 - 300: 04 UI	> 401: 10 UI (consultar Pictograma)
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL	

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

Horário	06h	11h	23h
PA	140x90	120x82	110x70
FC	87	77	82
Tax	36,3°C	35,8°C	36,5°C
FR	19	19	19
Execução	+	+	+
Diurese	+	+	+
Dextro	05/1h	05/1h	05/1h
Insulina	—	—	—
Regular	—	—	—
SNG	—	—	—
Dreno	—	—	—

Ana Patrícia S. de Paula
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 001247.761 TE

Plano de cuidados: medicações e cuidados de enfermagem medicações conforme prescrição médica



PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA

SETOR: BLOCO E ENFERMARIA: LEITO: 05 DN: D/HGR: D/BE: 04/05/18

502

NOME DO PACIENTE: Kelvin da Silva Calixto

HD: Ferimento infectado em pé direito

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

DATA/HORA

2ND

10/05/2018	1. Dieta oral livre	
	2. SF 0.9% 500ml EV ACV	
	3. Ceftriaxona 1g EV 12/12h	
	4. Metronidazol 500mg EV 8/8h ou 400mg VO 8/8h	
	5. Dipirona 1g EV 6/6h	
	6. Pirexi 10 mg EV 8/8hs (SN)	
	7. Rastilidina 50 mg EV 8/8h SN	
	8. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110	
	9. Dextro 12/12h	
	10. Insulina R ou GH 50% segundo esquema ao laço	
	11. Curativo dilato com colagenase em pé D	
	12. SSVV + CCGG 6/6h	

achar no laço. Dr. Priscila Mesquita
med. esp. sem queixas.

Priscila Mesquita
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 722.661 AE

Priscila Mesquita
C.R.N. 22.18.21
Medico Med. Clínica Médica

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

Médico (a): Dra. Priscila Mesquita
Residente: Dr. Plácido Fernandes

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

Até 200: 0	301 - 350: 06 UI
201 - 250: 02 UI	351 - 400: 08 UI
251 - 300: 04 UI	> 401: 10 UI (chamar Placenta)
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL	

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

Horário	06h	11h	17h	23h
PA	40/50	142/72	130/76	90 x 60
FC	39	71	65	80
Tem	36,4	36,5°C	36°C	36,2
SpO2	96	96	96	96
Diurese	+	+	quente	+
Dextro	87		502	122
Insulina				
Regular				
SNG				
Dreno				

Ana Patrícia S. de Paula
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 001247.761 TE

Observações: medicações e cuidados de enfermagem realizados.

Prescrição

PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA



SETOR: BLOCO E ENFERMARIA: LEITO: 05 DN: 502

DI/HGR: D/YR: 04/05/18

NOME DO PACIENTE: Kelvin da Silva Calixto

HD: Ferimento infectado em pé direito

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
09/05/2018	1. Dieta oral livre	SPD
	2. SF 0.9% 500ml EV ACM	ACM
D10	1.3. Ceftriaxona 1g EV 12/12h	12h
D10	4. Metronidazol 500mg EV 8/8h ou 400mg VO 8/8h	12h
	5. Diclofeno 1g EV 6/6h	12h
	6. Fiasil 10mg EV 8/8hs (SN)	5h
	7. Ractafina 50mg EV 8/8h SN	5h
	8. Cefepime 250mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110	12h
	9. Dexamet 12/12h	12h
	10. Insulina R ou GH 50% segundo esquema no lado	Plasma
	11. Curativo diário com colagenose em pé D	Plasma
	12. SSVV - CCGG 6/6h	Plasma

Priscila Priscila Mesquita
Clínica Médica
04/05/2018

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Casarão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

PS: Paciente acamado no
leito devido ao ferimento
no plantar (19:00).
SSVV - não medicado
09/05/18. medicação
no ferimento 09:04 e 05
medic. item 09:04 e 05
não medicado. Paciente
internado no leito 05
01.30 das madrugada
(09:05) **Waldene da Silva**
Téc. Enfermagem
COREN-RR 914.444.31

Médico (a): Dra. Priscila Mesquita
Residente: Dr. Plácido Fernandes

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR			
Até 200: 0	301 - 350: 0.6 UI		
201 - 250: 0.2 UI	351 - 400: 0.8 UI		
251 - 300: 0.4 UI	> 401: 1.0 UI (chamar Placidina-se)		
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL			

REGISTRO DE ENFERMAGEM			
SINAIS VITAIS			
Horário	06h	12h	25h
PA	121 x 65	117 x 70	120 x 71
FC	70	81	84
Tax	35.4	36.6	36.2
FR			
Exatidão	Pulsus	φ	presente
Diurese	presente	+	presente
Dextro	93		110
Insulina			0.1
Regular			
SNG			-

Plantão Abordagem: medicações e cuidados
de enfermagem realizados conforme pres-
crições médicas

Priscila Priscila Mesquita
Téc. Enfermagem
COREN-RR 914.444.31

502

UNIDADE DE CUIDADO MÉDICO
SERVIÇO DE ENFERMAGEM
LEITO: 05 - 003
DIAB: 02/05/08

NOBRE DO PACIENTE: KENNEDY DE OLIVEIRA

DATA DE ADMISSÃO: 12/07/12

RESERVAÇÃO

HORARIO

Medicamentos

0,5% 500mg EV 12/12

Ceftriaxona 1g EV 12/12

Acetaminofol 500mg EV 08h ou 400mg VO 8h

Dipirona 1g EV 06h

Insulin 10 mg EV 8h (INSULINA) 5h

antidote 50 mg EV 06h

propofol 24 mg VO 12h

12/12

Exatidão R na 06h, 12h, 18h, 00h, 06h, 12h, 18h, 00h

Exatidão R na 06h, 12h, 18h, 00h, 06h, 12h, 18h, 00h

Exatidão R na 06h, 12h, 18h, 00h, 06h, 12h, 18h, 00h

SINAIS VITAIS

PA 116/65

FC 67

TA 36°C

SpO2 94%

Temp 36°C

Pressão 120/80

FC 67

TA 36°C

SpO2 94%

Temp 36°C

Pressão 120/80

FC 67

TA 36°C

SpO2 94%

Temp 36°C

Pressão 120/80

FC 67

TA 36°C

SpO2 94%

Temp 36°C

Pressão 120/80

FC 67

TA 36°C

SpO2 94%

Temp 36°C

Pressão 120/80

FC 67

502

Medico (a): Dra. Patrícia Moura

Residente: Dr. Plácido Fernandes

ESQUEMA DE INSULINA

Adm 500 U

201 - 250 U

251 - 300 U

301 - 350 U

351 - 400 U

401 - 450 U

451 - 500 U

501 - 550 U

551 - 600 U

601 - 650 U

651 - 700 U

701 - 750 U

751 - 800 U

801 - 850 U

851 - 900 U

901 - 950 U

951 - 1000 U

1001 - 1050 U

1051 - 1100 U

1101 - 1150 U

1151 - 1200 U

1201 - 1250 U

1251 - 1300 U

1301 - 1350 U

1351 - 1400 U

1401 - 1450 U

1451 - 1500 U

Marlene T. Sousa
Téc. Enfermagem
COPENR 956.258

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 JUL 2018
GENTE SEGURADORA SIA
Cidade João Batista, 414 - Boa Vista - SP

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 JUL 2018
GENTE SEGURADORA SIA
Cidade João Batista, 414 - Boa Vista - SP

Plantão de emergência: medicamentos e materiais de enfermagem disponíveis com: Silene Borges Dias



PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA

SECTOR: BLOCO F - ENFERMARIA: LEITO: 05 DN: D/H/G/R:

502

D/DE: 04/05/18

NOME DO PACIENTE: Kelvin da Silva Celino

HD: Ferimento infectado em pé direito

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
11/05/2018	1. Dieta oral livre	5 AND
	2. SF 0,9% 500ml EV ACM	
	3. Ceftriaxona 1g EV 12/12h	
	4. Metronidazol 500mg EV 8/8h ou 400mg VO 8/8h	
	5. Diclofenac 1g EV 6/6h	
	6. Plavix 10 mg EV 8/8h (SN)	
	7. Rinitidina 50 mg EV 8/8h SN	
	8. Ceftriaxona 250mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110	
	9. Dextro 12/12h	
	10. Insulina R ou GH 50% segundo esquema anexo	
	11. Curativo diário com coágulo em pé D	
	12. SSVV - CCGG 6/6h	

Dr. Plácido Fernandes
CRM-RR 117198
Clínica Médica
CRM-RR 117198

Dr. Plácido Fernandes
CRM-RR 11824
Médico Resid. Clínica Médica

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 JUL 2018
CENTE SEGURADORA S/A

Médico (a): Dra. Priscilla Mesquita
Residente: Dr. Plácido Fernandes

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR			
Até 200: 0	301 - 350: 06 U		
201 - 250: 02 U	351 - 400: 08 U		
251 - 300: 04 U	> 401: 10 U (Chamar Placidino)		
GH 50% 40 ml EV, em folhas, se Glicemia < 70 mg/dL			

REGISTRO DE ENFERMAGEM			
SINAIS VITAIS			
Horário	05h	11h	23h
PA	110/60	113/68	116/74
FC	100	94	93
Tax	36,8%	35,0%	36,2%
FR	18	18	18
Evacuação	0	+	lausante
Diurese	+	+	parada
Dextro	109	103	99
Insulina	-	-	-
Regular	-	-	-
SNG	-	-	-
Dreno	-	-	-

Paciente não encontrado

24 de maio de 2018
Paciente não encontrado
Maria Zelia R. Araújo
CRM-RR 383563
Clínica de Emergência



PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA

SECTOR: BLOCO E - ENFERMARIA: LEITO: 05 - DN:

DATA: 04/05/18

NOME DO PACIENTE: Nelson da Silva Calisto

HID: Ferimento infectado em pé direito

DATA/HORA: 03/05/2018

PRESCRIÇÃO: 1. Dieta oral livre

2. SF 0.9% 750ml EV ACM

3. Ceftriaxona 1g EV 12/12h

4. Metformina 500mg EV 8/8h em 400mg VO 8/8h

5. Dipirona 1g EV 6/6h

6. Paracetamol 500mg EV 8/8h se crises de vômitos

7. Ranitidina 50mg EV 8/8h SN

8. Curatela de ferida VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110

9. Dor no local

10. Insulina N em GH 50% segundo esquema anexo

11. Curativo diário com colapso em 27 de 12

12. SSV - 00003 6/6h

13. SSV - 00003 6/6h

14. SSV - 00003 6/6h

15. SSV - 00003 6/6h

16. SSV - 00003 6/6h

17. SSV - 00003 6/6h

18. SSV - 00003 6/6h

19. SSV - 00003 6/6h

20. SSV - 00003 6/6h

21. SSV - 00003 6/6h

22. SSV - 00003 6/6h

Médico (a): Dra. Pírcelle Mesquita
Residente: Dr. Plácido Fernandes

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão São Bartolomeu, 424 - Boa Vista - JdM

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

Até 200: 0	301 - 350: 0.5 U
201 - 250: 0.2 U	351 - 400: 0.8 U
251 - 300: 0.4 U	> 401: 1.0 U (basear flutuante)
GH 50% 40 ml EV, 100 ml IV, se Glicemia < 70 mg/dL	

RELISTA DE EXAMES PERMANENTES

SINAIS VITAIS

Medição	6h	17h	22h
PA	90/60	120/90	120/90
FC	64	75	75
Temp	36.3	37.0	37.0
FR	-	-	-
Exame	Quantal	-	-
Miurese	Quantal	+	-
Dextro	-	-	-

6:00 Todos os medicamentos foram administrados
CPM, realizado SSV e diário
Foi de Enfermagem

Carla Mesquita
Médica
08/05/2018

Carla Mesquita
Médica
08/05/2018

Plácido Fernandes
Residente
08/05/2018

14/05/18
08:30
ALMA
12:00

Dra. Pírcelle Mesquita
CRM-SP 11196

Plácido Fernandes
CRM-SP 11196

BLOQUE
Identificação

HCR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
CNPJ 06.908.887/0001-91 - Rua Vitorino

Idade: 26 anos

Data internação: 30/04/18

Diagnóstico: Deiscência de sutura com infecção de ferida

Resumo da História Clínica: Paciente sexo masculino, 26 anos, vítima de acidente, colisão carro com muro em março com ferimento em pé D com necessidade de sutura para aproximar as bordas. Evolu com infecção local da sutura progressiva, deiscência de sutura e da ferida e tecido necrosado. Foi iniciado tratamento antibiótico terapia parenteral com ceftriaxona e clindamicina. Foi realizado debridamento cirúrgico sem intercorrências com curativo diário com colagenase. Durante a internação foi evidenciado fratura do 4 metatarso em pé D. Orto, edia não respondeu a parecer.

Encontra-se assintomático ao momento com funções fisiológicas preservadas.

Exame físico

- Sonotomografia orientado, bom estado geral, eufórico, hidratado, normocorado, normotérmico, acianótico.
- AR: murmúrio presente bilateral, sem ruídos adventícios
- AC: RCR, 2T, bulhas normofonéticas, sem sopro
- Ausculta cardíaca: Freqüência depressível, ruído. Murmúrios pres. nos pulmões, sem massas ou crepitações palpáveis
- Extremidades: BPP, T/C <3seg, pulsos fortes, sem edema. Ferida em pé direito com base úmida, bordas afastadas, tecido de granulação evidente sem secreção.

24 JUL 2018
[Assinatura]

Condição: Paciente evoluiu com melhora da infecção local, sem necessidade de antibioticoterapia sistêmica. Tratamento da fratura do 4º metatarso em pé direito com gesso.

Dr. Plácido Fernandes
CRM-RR 1624
Médico Especialista em Medicina

Rua Vitorino, 11 de Maio de 2018

Dr. Plácido Fernandes
CRM-RR 1766

Dr Plácido Fernandes CRM RR 1624
Assinatura de Dr. Plácido Fernandes CRM RR 1766

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



Kelvin da Silva Calixto

COLEÇÃO CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

355847-9

DATA DE
EXPIÇÃO

22/05/2018

NOME

KELVIN DA SILVA CALIXTO

RELACÃO

SÉRGIO LUIZ DA SILVA CALIXTO
VICINEIRO VERÍSSIMO DA SILVA

NACIONALIDADE

BOA VISTA - RR

DOC. ORIGINAL

CERTO NASC 62300 FLS 220-V LIV A-87

BOA VISTA-RR

002.489.412-59

2ª VIA

ANADILU ROCHA TRIANI
Polo de Polícia

DATA DE NASCIMENTO

20/09/1991

LEI Nº 7.116 DE 29/08/93

P1

PROIBIDO PLASTIFICAR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

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

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

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS
806644383

PROIBIDO PLASTIFICAR
806644383

NOME
TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

DOC. IDENTIDADE/CPF/CPF
488049 207 RO

CPF
421.026.772-49

DATA NASCIMENTO
15/01/1972

PLACAO
JONELSON FRACALOSSI
MARIA ANNA FRACALOSSI

PERMISSAO
B
CATEGORIA
A3

CPF
02796991928

VALIDADEZ
09/12/2018

EMISSAO
17/02/1993

OBSERVAÇÕES

Tania Helena S. de Melo
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSAO
10/12/2012

Carteira Clonada Semelhante
Detran - Roraima
Detran - RR

32145487438
92207306780

DETRAN-RR (RORAIMA)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Comodoro Júlio Bessa, 434 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - RR Nº 8065121673

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO 52181815405

01 172210721

ANDRE CESAR PEREIRA SARAIVA
AV SABA EUNHA
331, GARANA
BOA VISTA RR 6931361B

86722280225 NAX7160

LIRAMOTO LIRA MOTORES LTDA

9C6KE1210AG030396

PAS/MOTOCICLETA GABRIELINA

YAMAHA/FACTOR VER125 E 2009 2010

002P/01240C PARITICU RDXA

AL FID YAMAHA ADM DE CONSORCIO LTDA
PROIB SAIR AMAZONIA OCIDENTAL

BOA VISTA 27/10/2009

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

NOME DO COMPRADOR: Almendra Pereira Tome

VALOR R\$ 3.500,00

17922 OFFICIAL 593 401 422-68

Av. Saba Eunha n: 331

Boa Vista - RR, 28/01/2014

Andre Luis P. Souza

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO VENDEDOR

ASSINATURA DO COMPRADOR

TABELIONAT FIDUCIÁRIO DE FIDUCIARIA DO PROPRIETÁRIO VENDEDOR

BOA VISTA - RORAIMA (93) 3224-3221

RECONHECIMENTO VERDADE LRA 31(5) 3551 natura(5)

27/10/2009 - ANDRE CESAR PEREIRA SARAIVA

063-EVELIN CRISPINE HYGINO

ESCREVENTE AUTORIZADA - CUI Distais: 3.10

02708,4

Consulta de Veículos na Base Local

Consulta Local por Chassi: 9C6KE1210A0030396

Situação: 1-EM CIRCULACAO

DADOS DO VEICULO

Placa: NAX7160 Chassi: 9C6KE1210A0030396 Renavam: 00172210771 Remarcado(S/N): N
Município: 00301-BOA VISTA Marca/Mod: 009613-YAMAHA/FACTOR YBR125 E
Procedência: 1 - NACIONAL Tipo: 04-MOTOCICLETA Espécie: 01-PASSEIRO
Categoria: 01-PARTICULAR Combustível: 02-GASOLINA Ano Mod/Fab: 2010 / 2009
Cor: 13-ROXA Cap Passag: 002 Potência: 000 Cilindradas: 0124
Carroceria: 999-NAO APLIC. Nº Motor: E3C9E-030596 Nº Câmbio:
Faixa Seguro: 09 Deficiente Físico: Selo Idoso:
Roubo Furt: N Data da Última Atualização: 27/02/2014 Tax: NAO
Ano Último CRLV Emitido: 2013 Ano Último Licenciamento: 2013 - Autorizado em 13/12/2017
Observações: PROIB SAIR AMAZ OCIDENTAL
Ind. Restrição: 9997 - SEM RESERVA DE DOMINIO
Número do Lacre: 0017506735RR
Número de autorização:

DADOS DO PROPRIETÁRIO

Nome: ALESSANDRA PEREIRA TOME CPF/CNPJ: 593.401.422-68
Endereço: AV SABA CUNHA Nº: 331 Bairro: CARANA
Complemento: CASA Cidade: BOA VISTA Cep: 69313618
Data Aquisição 0km: 07/10/2009 Valor 0km: 6676,00
Data Transferência: 28/01/2014 Valor: 3500,00 Nº Doc. Aquisição:

PROPRIETÁRIO ANTERIOR

Nome: ANDRE CESAR PEREIRA SARAIVA CPF/CNPJ: 867.222.802-25
Endereço Anterior: BOA VISTA UF: RR

DADOS DA DOCUMENTAÇÃO

Data CRV: 27/02/2014 Nº CRV: ***** Data CRLV: // Nº CRLV:

RESTRIÇÕES

07-BENEFICIO TRIBUTARIO

Observações: PROIB SAIR AMAZ OCIDENTAL Nº Restrição:
Data Limite Rest Tributária: // Doc. Restrição Tributária:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180339927 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KELVIN DA SILVA CALIXTO **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM PÉ DIREITO EVOLUINDO COM FERIMENTO INFECTADO PLANTAR

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

IVONE S. VALICE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180339927 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KELVIN DA SILVA CALIXTO **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2018
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: A
Resultados terapêuticos: A
Sequelas permanentes:
Sequelas: Sem sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações: A

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

24 JUL 2018

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Kelvin da Silva Calixto
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: solteiro
Profissão: Estudante
Identidade: 355 847-9 CPF: 002.489.412-59
Endereço: R: Macuxi Bairro: Aparecida
Cidade: Boa Vista CEP:

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Amia Helena Fracalossi de Melo
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: casada
Profissão: Autônoma
Identidade: 488049 CPF: 421.026.772-49
Endereço: R: Antônio Augusto Martins Bairro: Boa Francisco
Cidade: Boa Vista CEP: 69.305-270

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representa-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar o sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

Local e data:

Boa Vista, 29 de Abril de 2018.



Kelvin da Silva Calixto
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

Dr. Edson Severino de Sousa Junior
Tabelião Substituto
Cartório Loureiro