

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:
2938273820201216101328

Processo 0829855-47.2020.8.23.0010 ☆ - (26 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 10435 - Acidente de Trânsito

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

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12

500 por pág.1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 12	16/12/2020 10:13:28	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: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2770306CONTESTACAO01.pdf Público
12.2 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2770306CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
12.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf Público
11	15/12/2020 00:04:12	DECORRIDO PRAZO DE MARCIA REGINA RIBEIRO (P/ advgs. de MARCIA REGINA RIBEIRO *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (23/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ
10	14/12/2020 11:36:03	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 14/12/2020 referente ao evento de expedição seq. 9.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
[+] 9	10/12/2020 11:08:29	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	DEBORA LIMA BATISTA Analista Judiciária
8	04/12/2020 00:01:05	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de MARCIA REGINA RIBEIRO) em 03/12/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (23/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ
7	23/11/2020 12:08:43	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de MARCIA REGINA RIBEIRO com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (23/11/2020)	Jhonatan de Almeida Santil Analista Judiciário
[+] 6	23/11/2020 10:52:45	CONCEDIDO O PEDIDO	BRUNO FERNANDO ALVES COSTA Magistrado
5	20/11/2020 00:35:37	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	20/11/2020 00:35:37	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	20/11/2020 00:35:37	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	20/11/2020 00:35:37	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 1ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
[+] 1	20/11/2020 00:35:37	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA Advogado



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

Processo: 08298554720208230010

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 **MARCIA REGINA RIBEIRO**, 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

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.895,53 (um mil e oitocentos e noventa e cinco reais e cinquenta e três centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO

(REGISTRO DA OCORRÊNCIA NO ÓRGÃO POLICIAL COMPETENTE)

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT no suposto acidente noticiado.

O parágrafo 1º, do art. 5º da lei n.º 6.194/74 é claro, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

Com efeito, verifica-se que a parte Autora apresenta o **registro da ocorrência policial incompleto, sendo este, documento imprescindível para comprovação da ocorrência do acidente e do nexo de causalidade**.

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373 do CPC.

Assim, merece a presente demanda seja julgada extinta com resolução do mérito, na forma do art. 485, inciso I, da Lei Processual Civil.

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;

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.895,53 (um mil e oitocentos e noventa e cinco reais e cinquenta e três centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200069447 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARCIA REGINA RIBEIRO Data do acidente: 09/01/2018 Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P16,17,20

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO 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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

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

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável 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\$ 1.895,53 (um mil e oitocentos e noventa e cinco reais e cinquenta e três centavos), 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 **09/01/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.895,53 (um mil e oitocentos e noventa e cinco reais e cinquenta e três centavos)**.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	22/05/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.895,53

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIA REGINA RIBEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000014203-1

Nr. da Autenticação 8A95C4469F81335A

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.895,53 (UM MIL E OITOCENTOS E NOVENTA E CINCO REAIS E CINQUENTA E TRÊS CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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 HOUEVE 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.”

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.

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

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

⁷ art.

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

- 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, 14 de dezembro 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 **MARCIA REGINA RIBEIRO**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08298554720208230010.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro 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, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200069447

Vítima: MARCIA REGINA RIBEIRO

Data do Acidente: 09/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCIA REGINA RIBEIRO

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 383.075.292-04 4 - Nome completo da vítima: Marcia Regina Ribeiro

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

5 - Nome completo: Marcia Regina Ribeiro 6 - CPF: 383.075.292-04
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: R: Vicente C. Lima 9 - Número: 851 10 - Complemento:
11 - Bairro: Aze Branca 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-325
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (95) 99135-3871

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: 3023 CONTA: 14203

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairasor)? ☐ 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 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, 30/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001655/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/01/2019 09:14 Data/Hora Fim: 23/01/2019 09:34

Delegado de Polícia: Rodrigo de Oliveira Gomides

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 09/01/2018 09:42

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Jóquei Clube

Logradouro: RUA GALVÃO COM A RUA PRÊMIO

Ponto de Referência: CRUZAMENTO

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARCIA REGINA RIBEIRO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PR - Realeza

Sexo: Feminino

Nasc: 26/08/1973

Profissão: Autônomo

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria das Graças Gonzaga

Nome do Pai: Antonio Carlos Bernardes Ribeiro

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 113151

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 383.075.292-04

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA MARANHÃO

Nº: 335

Bairro: DOS ESTADOS

Telefone: (95) 99145-3871 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 065.236.252-49

Placa NAP2085

Renavam 01117090270

Número do Motor KD08E1H437455

Número do Chassi 9C2KD0810HR437455

Ano/Modelo Fabricação 2017/2017

Cor AZUL

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 001655/2019

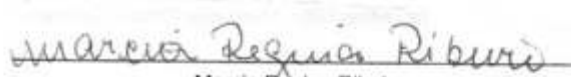
Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 10/05/2017	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Marcia Regina Ribeiro	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE INFORMA QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 09/01/2018, POR VOLTA 09:42 HORAS NA RUA GALVÃO COM A RUA PRÊMIO, CRUZAMENTO, BAIRRO JÓQUEI CLUBE; QUE NA OCASIÃO ESTAVA ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA QUE ERA CONDUZIDA POR SEU COMPANHEIRO SR. EMERSON DA SILVA PINHEIRO, CONDUTOR DA MOTOCICLETA HONDA BROS 160, COR AZUL, PLACA NAP-2085; QUE FORAM ATINGIDOS POR UM VEÍCULO FIAT/SENA DE COR VERMELHO QUE ERA CONDUZIDO POR ASSALTANTES EM FUGA; QUE A COMUNICANTE TEVE A CLAVÍCULA ESQUERDA QUEBRADA, FRATURADA, E FICOU INTERNADA POR QUARENTA DIAS NO HOSPITAL HGR. ESSE É O RELATO. A COMUNICANTE INFORMA QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 09/01/2018, POR VOLTA 09:42 HORAS NA RUA GALVÃO COM A RUA PRÊMIO, CRUZAMENTO, BAIRRO JÓQUEI CLUBE; QUE NA OCASIÃO ESTAVA ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA QUE ERA CONDUZIDA POR SEU COMPANHEIRO SR. EMERSON DA SILVA PINHEIRO, CONDUTOR DA MOTOCICLETA HONDA BROS 160, COR AZUL, PLACA NAP-2085; QUE FORAM ATINGIDOS POR UM VEÍCULO FIAT/SENA DE COR VERMELHO QUE ERA CONDUZIDO POR ASSALTANTES EM FUGA; QUE A COMUNICANTE TEVE A CLAVÍCULA ESQUERDA QUEBRADA, FRATURADA, E FICOU INTERNADA POR QUARENTA DIAS NO HOSPITAL HGR. ESSE É O RELATO.

ASSINATURAS


Assunção Barroso de Vasconcelos
Responsável pelo Atendimento


Marcia Regina Ribeiro
(Vítima / Comunicante)

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

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

2 - R.G. (Carteira ou RG): 3 - CPF da vítima: 383.075.292-04 4 - Nome completo da vítima: Marcia Regina Ribeiro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS (TAXA DE RENDA ANUAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 145/2012

5 - Nome completo: Marcia Regina Ribeiro 6 - CPF: 383.075.292-04
7 - Profissão: Costureira 8 - Endereço: R. Vicente C. Lima 9 - Número: 851 10 - Complemento:
11 - Bairro: Vila Branca 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.912-325
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 15 383.075.3872

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: ☒ RCLUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.011,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.001,00

21 - TIPO DE CONTA: ☒ CONTA POUPEIRA (Somente para a abertura em Agência de uma agência) ☐ CONTA CORRENTE (Somente para a abertura em Agência de uma agência)

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

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 14.203 AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o código de área) (Informe o dígito verificador) (Informe o código de cidade) (Informe a agência de cidade)

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

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

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

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

Sob esta e posse do conhecimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, a Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Se a vítima deixou herdeiros: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

24 - Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

25 - Se a vítima deixou filhos: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

26 - Se a vítima deixou irmãos: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

27 - Se a vítima deixou pais: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

28 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

29 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

30 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

31 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

32 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

33 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

34 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

35 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

36 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

37 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

38 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

39 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

40 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

41 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

42 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

43 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

44 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

45 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

46 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

47 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

48 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

49 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

50 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

51 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

52 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

53 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

54 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

55 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

56 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

57 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

58 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

59 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

60 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

61 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

62 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

63 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

64 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

65 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

66 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

67 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

68 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

69 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

70 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

71 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

72 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

73 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

74 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

75 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

76 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

77 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

78 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

79 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

80 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

81 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

82 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

83 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

84 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

85 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

86 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

87 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

88 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

89 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

90 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

91 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

92 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

93 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

94 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

95 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

96 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

97 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

98 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

99 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

100 - Se a vítima deixou outros parentes: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.895,53

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIA REGINA RIBEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000014203-1

Nr. da Autenticação 8A95C4469F81335A

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ené (Germes, 881 - Camem - Boa Vista - RR)
CEP: 69.101-470 (0000-44) - Fone: (68) 307.202-3
Nota Fiscal: Cota de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impostos autorizado pela SEFAZ RR/19

Nº da Nota Fiscal

000469553

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE, na cidade
de Boa Vista, RR, nº 19.438 de 28 de abril de 2002

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2018	11/04/2018	153	125,54

MARIA DAS GRACAS GONZAGA
R. VICENTE C LIRA 851 ASA BRANCA
CPF: 00009105190215
CEP: 69.312-325 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.01.293850

DADOS DA LEITURA		kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	17284			Atual:	23/03/2018
Anterior:	17131			Anterior:	22/02/2018
Constante de Multiplicação	1,000			Próxima Leitura:	24/04/2018
Consumo Médio:	153			Emissão:	22/03/2018
Consumo Faturado:	153		FC.M	Aprovação:	23/03/2018
	NORMAL			Idade do Consumidor:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Pat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	2716145	N 1523323	1.1.1.1	153

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
FEV/18 199	CONSUMO 153 A R\$ 0,570386 = 87,26
JAN/18 211	RELIÇÃO 7,52
DEZ/17 210	CORREÇÃO MONETARIA DA IL. PUBL 0,13
NOV/17 177	CORREÇÃO MONETARIA IGPIM (2X) 2,12
OUT/17 199	MULTA POR ATRASO DE IL. PUBLIC 1,69
SET/17 199	JUROS DE MORA POR ATRASO DE IL 0,42
AGO/17 110	MULTA POR ATRASO (2X) 4,79
JUL/17 102	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER 2,74
JUN/17 97	ILUMINACAO PUBLICA 18,87
MAI/17 111	
TARIFA E TRIBUTOS:	
0 A 153 - 0,456770	

MESSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Observação
03/2018	132,37	Unidade consumidora inscrita e inscrita no sistema de tarifa social de energia elétrica e inscrita no 03/04/2015. O seu pagamento por gás, energia elétrica e inclusão do nome do consumidor na SINEM. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVAÇÃO AO FISCO

3801.5526.5E94.D841.A707.85F6.AF94.F3AF

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	41,93	Base de Cálculo	17,00%
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	14,83
Transmissão:	1,74	Valor do ICMS:	0,48
Encargos:	17,37	Valor do PIS:	2,06
		Valor do COFINS:	

BLOCO A

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



1800891911	09/01/2018 12:26:44	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		21
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF
MARCIA REGINA RIBEIRO		26/08/1973		44 A 4 M 14 D		700409487194747		38307529204
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo
IDENTIDADE		113151		SSP RR				F
Mão				Estado Civil		Raça/Cor		Naturalidade
MARIA DAS GRACAS GONZAGA				SOLTEIRO(A)		PARDA		REALEZA - PR
Endereço				Pai		Contato		Nacionalidade
RUA - VICENTE CORREIA LIRA - 851 - ASA BRANCA - BOA VISTA - RR				ANTONIO CARLOS BERANRDES		(95) 99147-5847		BRASILEIRA
								Ocupação
								AUTÔNOMO
Class. de Risco		Plano Convênio		N° da Carteira		Validade		Autorização
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						Sis Prenatal
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA						Peso
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Pressão
GRANDE TRAUMA		TRANSPORTADO POR TER						Registrado por:
								VINICIUS.CAVALCANTE
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Acidente motor de acidente de trânsito. 4
Anos em outubro e maio (E)

Exame Físico

LATE

Hipótese Diagnóstica

Fratura de clavícula?

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Até 24h de observação em observatório. 12/01/18

Conduta

- ☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: Ortopedia

- ☐ Ambulatório
☒ Observação (Até 24h)
☒ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: vinicius.cavalcante
Data Hora: 09/01/2018 12:28:10

0-2018
0-2018 - Impressão em Papel
0-2018 - Impressão em Papel
0-2018 - Impressão em Papel



1800891911

Ontoprima 09/01/12

Paciente Vitoria Almeida

Tuansito (morte - canal), evolução
em função de clausura

CS: INTANAT

Overbróis: Dr. Roberto





SUS

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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

MARIA REGINA RIBEIRO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71010410191418171191417111

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/11/1973

6 - Nº DO FRONTOÁRIO

163702

9 - SEXO

F

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

MARIA GARCIA GONZAGA

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Presidente Getulio Vargas, 251, Jd. Primavera

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bomileite

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima acidental de trânsito (moto-carro) ocorrida em terras da fazenda (E) + apresentando Fratura de clavícula (E)

18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

tratamento cirúrgico

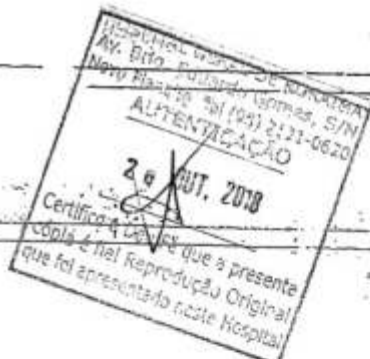
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

EX. Físico + RX

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura de clavícula (E)

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



PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

orlop

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

Dr. Roberto DTM

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

09/11/16

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNIE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

09/11/16

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

10014-7061

1299

116-3 OK



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <u>Marcia REGINA LOPES</u>					
DIAGNÓSTICO <u>FRATURA DE CLAVICULA (E)</u>					
ALERGIAS					
IDADE		HAS		DM	
		LEITO		DATA <u>09/01/18</u>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE ✓				SND
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 horas <u>12/12 (Lento)</u>				SND
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS <u>S/N</u>				<u>18:00</u>
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				S/N
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				S/N
8	CURATIVO DIARIO				R/T
9	<u>ONDASETRONA 8mg EV. S/N</u>				R/T
10					S/N
11					
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

	PA	FC	FR	TEMP			
SINAIS VITAIS							
6 H	90x62	71					
12 H							
18 H	92/56	63					
24 H							

23 | 135 / 67 | 30 | 36

116-3

OK



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		MARCIA REGINA LEBENS			
DIAGNÓSTICO		FRATURA DE CLAVÍCULA (E)			
ALERGIAS		HAS			
IDADE		LEITO		DM	
ITEM		PRESCRIÇÃO		DATA	09/01/18
1	DIETA ORAL LIVRE	✓			HORÁRIO
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 horas	12/12 horas			SND
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS	S/N			18/08
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				S/N
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				S/N
8	CURATIVO DIÁRIO				Ratino
9	ONDASETRONA 8 mg EV. S/N				Ratino
10					S/N
11					
12					
13					
14		Dr. Marcelo Marques			
15		Médico Assistente			
16		Ortopedia e Traumatologia			
		CRM 1918/RR			
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

	PA	FC	FR	TEMP			
SINAIS VITAIS							
6 H	90x62	71					
12 H							
18 H	92/56	63					
24 H							

23

135
67

80

1.36

116-3

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARCIA REGINA RIBEIRO				
DIAGNÓSTICO	FX CLAVICULA				
ALERGIAS	HAS		NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO			DATA	10/01/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SVD
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				MANTE
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSP
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6				10:28
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				15:12-21:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H				S/N
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				12:18-21:00
14	CURATIVO DIARIO				S/N
15					NOT/MG
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
AO BLOCO					

NIR
Regulado
para leito
36A 116-3 às 11:45h
Regulação Interna

As 14:20h: T: 36.9°C / FC: 76 bpm / PA: 98x70 mmHg

SINAIS VITAIS				
6 H	100x80	60	20	35.6
12 H	106x96	70	19	36
18 H				
24 H	110x80	78		36.5

06H 90x50 60

36.6°C

Dr. J. Ricardo Rebelo
Médico Residente em
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 11715
Júlio César A. Catão
Médico Residente em
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 11715



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



DATA DE ADMISSÃO 09/01/2018 DIH DN 26/08/1973

PACIENTE MARCIA REGINA RIBEIRO
AGNÓSTICO FX CLAVICULA

ALERGIAS
IDADE 44 HAS DM2
LEITO 116-3 DATA 11/01/2018

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SFO,9% 500ML EV DE 12/12H	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	
5	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO PELA MANHA	
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
7	DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN	
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 20 GTS VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
10	SSVV + CCGG 6/6 H	
11	CURATIVO DIÁRIO	
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

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

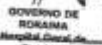
SOLICITADO :
CONDUTA : MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :
PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

Coleta de Exames-HGH
DATA 12/01/18
HORA 5:00
LCA

6 H	111/69	62		
12 H	120x80	72	21	36°C
18 H	110x90	83		36,5°C
24 H	94/63	68		

Dr. Marcus Brunner CRM 1917
Residente de Ortopedia e
Traumatologia



26/08/1973

AGNÓSTICO	FX CLAVICULA
-----------	--------------

ALERGIAS

DM2

44

116-3

DATA

11/01/2018

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE
---	------------------

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

4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA
---	-----------------------------

5	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO PELA MANHA
---	------------------------------------

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

7	DIPIRONA 2ML EV DE.6/6H SN
---	----------------------------

8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 20 GTS VO DE 8/8H SE DOR INTENSA
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE DOR

9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG
10	SSV + CCGG 8/8 M

10	SSV + CCGG 6/6 H
----	------------------

1	CURATIVO DIÁRIO
---	-----------------

12

3

4

E

6

7

8

9

0

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

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG. ACIANÓTICO, ANTERIORES

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

SOLICITADO :

CONDOTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

Avp-MSD

6 H	94x59	54	20	36.1
12 H	122x76	62		
18 H	115x73	84		35.9
24 H	101x66	84	24	36.2

Dr. Marcus Brunner CRM 1917
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Geandri / Sônia Pereira
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 751.380-TEC

18100 - 1 minute sketch, decumbent
SF. (V. egg)
S. 1000' (surface)



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



DATA DE ADMISSÃO 09/01/2018 DIH DN 26/08/1973

PACIENTE MARCIA REGINA RIBEIRO

AGNÓSTICO FX CLAVICULA

ALERGIAS

IDADE 44 HAS LEITO 116-3 DM2 DATA 13/01/2018

PRESCRIÇÃO

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SF0,9% 500ML EV DE 12/12H	SND
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	18:00
5	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO PELA MANHA	10
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
7	DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN	
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 20 GTS VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	5:00
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
10	SSVV + CCGG 6/6 H	
11	CURATIVO DIÁRIO	Manhã
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

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

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

6 H	120/80	66	36,8
12 H	120/70	68	36,8
18 H	100/30	80	36,3
24 H	120/70	64	36,5

Dr. Marcus Brunner CRM 1917
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Josiane de Souza Araújo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 000.461 072

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		 	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		09/01/2018	DIH	DN	26/08/1973
PACIENTE MARCIA REGINA RIBEIRO					
AGNÓSTICO FX CLAVICULA					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE	44	LEITO	116-3	DATA	14/01/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0,9% 500ML EV DE 12/12H				
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				
5	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO PELA MANHA				
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
7	DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 20 GTS VO DE 8/8H SE DOR INTENSA				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

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

SOLICITADO :

CONDUTA : MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

6 H	138 x 99	57	36,1	
12 H	111 x 58	59	36,2	
18 H	116 x 62	64	36,4	
24 H	100/70	68	36	

Dr. Marcus Brunner CRM 1917
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia



GOVERNO DE
RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 09/01/2018 DIH DN 26/08/1973

PACIENTE MARCIA REGINA RIBEIRO

AGNÓSTICO FX CLAVICULA

ALERGIAS

IDADE 44 HAS LEITO 116-3 DM2 DATA 15/01/2018

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SF0,9% 500ML EV DE 12/12H	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	
5	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO PELA MANHA	
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
7	DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN	
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 20 GTS VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
10	SSVV + CCGG 6/6 H	
11	CURATIVO DIÁRIO	
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

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

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

06:00h Paciente recusou item 11 dos 6h e item 3 não
administrado pois formiga não dispunha 100 ghs

6 H	100/60	60	62	
12 H	123/75	60		
18 H	116/74	67	20	35,8
24 H	130/60	80	-	30,57

Dr. Marcus Brunner CRM 1917
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Gelivânia da C. Lima
Técnica de Enfermagem
COREN-298.776



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

09/01/2018

DIH

DN

26/08/1973

PACIENTE **MARCIA REGINA RIBEIRO**

AGNÓSTICO **FX CLAVICULA**

ALERGIAS

IDADE

44

HAS

DM2

LEITO

116-3

DATA

16/01/2018

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

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

4

TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA

5

OMEPRAZOL 40MG EV OU VO PELA MANHA

6

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

7

DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN

8

TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 20 GTS VO DE 8/8H SE DOR INTENSA

9

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

10

SSVV + CCGG 6/6 H

11

CURATIVO DIÁRIO

12

13

14

15

16

17

18

19

20

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

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO :

CONDUTA : MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

	PA	FC	R	TP
6 H	81 X 44	61		36.3
12 H	80 X 62	61		36.2
18 H	100 X 58	68		36.2
24 H	126 X 70	70	17	36.2

Maria de Fátima R. Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 437591-7F

Dr. Marcus Brunner CRM 1917
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

32000 16/01/2018 - paciente no leito sem queixas adicionais, tolera a dieta com restrição até o momento administrada medicação, de higiene cpm, e segue sob cuidados de enfermagem.

Maria de Fátima R. Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 437591-7F



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 09/01/2018 DIH DN 26/08/1973

PACIENTE MARCIA REGINA RIBEIRO

AGNÓSTICO FX CLAVICULA

ALERGIAS

IDADE 44 HAS LEITO 116-3 DM2 DATA 16/01/2018

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

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

4 TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA

5 OMEPRAZOL 40MG EV OU VO PELA MANHA

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

7 DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN

8 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 20 GTS VO DE 8/8H SE DOR INTENSA

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

10 SSVV + CCGG 6/6 H

11 CURATIVO DIÁRIO

12

13

14

15

16

17

18

19

20

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

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Maria de Fátima R. Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 437381-TE

	PA	FC	R	TP
6 H	81 x 44	61		36.3
12 H	80 x 62	63		36.2
18 H	100/58	68		36.2
24 H	120/90	70	17	36.1

Dr. Marcus Brunner GRM 1917
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

200 16/03/2018 - paciente no leito sem queixas, com 10 dias de internação, com evolução até o momento satisfatória, de acordo com a evolução clínica, e sem necessidade de internação.

Maria de Fátima R. Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 437381-TE



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 09/01/2018 DIH DN 26/08/1973

PACIENTE MARCIA REGINA RIBEIRO

AGNÓSTICO FX CLAVICULA

ALERGIAS

IDADE 44 HAS DM2
LEITO 116-3 DATA 18/01/2018

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SF0,9% 500ML EV DE 12/12H	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	
5	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO PELA MANHA	
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
7	DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN	
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 20 GTS VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
10	SSVV + CCGG 6/6 H	
11	CURATIVO DIÁRIO	
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

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

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

#SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

6 H	100x50	53		
12 H	100x70	71		36,8
18 H	100x80	65		32,2
24 H	100x100	65		

Dr. Marcus Brunner CRM 1917
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

VB5: An 2:30 trocado o AVP foi colocado pelo 2o enfermeiro
do hospital no ms - Josiane de Souza Araújo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 000.461.072

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
		PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		09/01/2018	DIH		DN	26/08/1973	
PACIENTE MARCIA REGINA RIBEIRO							
AGNÓSTICO FX CLAVICULA							
ALERGIAS							
IDADE	44	HAS		DM2			
LEITO	116-3	DATA	19/01/2018				
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL ZERO						
2	SF0,9% 500ML EV DE 12/12H						
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA						
5	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO PELA MANHA						
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N						
7	DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN						
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 20 GTS VO DE 8/8H SE DOR INTENSA						
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						
10	SSVV + CCGG 6/6 H						
11	CURATIVO DIÁRIO						
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

6 H				
12 H	110x70	60	76	
18 H	81C	60	76	
24 H				

Dr. Marcus Brunner CRM 1917
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CHES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRIMÁRIO, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARREIRA DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

FREQUÊNCIA EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - CIPJ DA SEGURADORA

35 - Nº - K - PRIMEIRO

36 - SÉRIE

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CIPJ EMPRESA

39 - CNIS DA EMPRESA

40 - CBOR

41 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

44 - EMPREGADOR

45 - AUTÔNOMO

46 - DESEMPREGADO

47 - APOSENTADO

48 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

49 - Nº DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

50 - COD. ORGÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

52 - DOCUMENTO

53 - Nº DO DOCUMENTO

54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

56 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

57 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

19.01.18 O.S. _____



GNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura de clavícula e Escapula
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: osteossíntese de clavícula e Escapula
TIPO DE INTERVENÇÃO: Sto Cirurgico
COMPLICAÇÕES E ACIDENTES: 2
GNÓSTICO OPERATÓRIO: o mesmo

QUIRURGIÃO: Monab A 1º AUXILIAR: Paricut
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTÉSICO: _____
ANESTESISTAS: 1
CIRURGIÃO: Monab A FIM: _____ DURAÇÃO: _____

Vitor Paracut Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE 610

RELATÓRIO CIRURGICO

1) Paciente em DVA sob plano anestésico.
2) limpeza e antiseptização da pele e colocação de campo estéril.
3) Incisão em topografia de clavícula e escápula / equalização de focos de fratura.
4) Colocação de placa + parafusos de redução de focos fraturários.
5) Controle radiológico intra-operatório.
6) Lavagem + fechamento por planos + pontos + curativos (A) e (B).



Marcia Regina Ribeiro

19/01/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Fentanil 100mg EV
midazolam 5mg EV

Dra. Ana Paula Thomé
Médica Anestesiologista
CRM-RR 1408

E. Papadopol Army EV
S. Papadopol Army EV



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAIS CONSUMIDOS EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		449	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Marcela Regina Ribeiro			116-3		19 10/1 201
TIPO		CIRURGIA			
Distensão de Clavícula (R)		TEMPO DE DURAÇÃO			
		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		15:40	16:40		
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA				
1º AUXILIAR	Dr. Vitor Paracate	ANESTESISTA:		Mm. Ana Paula	
2º AUXILIAR	Dr. Marcelo Arruda	RES. ANESTESIA:		R. W. Arruda	
	Dr. Marcelo Arruda	INSTRUMENTADOR			
	Dr. Marcelo Arruda	CIRCULANTE			
TIPO DE ANESTESIA: BPR + Sedação		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VAL
☒	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		11	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
☐	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
☐	LUVA ESTERIL 8.0		11	FIO MONONYLON N° 1.0	
☐	LUVA ESTERIL 8.5		11	FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
☒	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
☐	LÂMINA BISTURIN N° 13			FIO CATGUT SIMPLES N°	
☐	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
☐	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
☐	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
☐	SERINGA 01ML			SURGICEL	
☐	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
☐	SERINGA 05 ML			KIT CATARATAN N°	
☐	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
☐	SERINGA 20ML			SPA GARDIACA	
☐	cateter Nazal		1	OUTROS: Cloroxina 2%	
☐	Atadun		1		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Dilene			
		Luciano	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	449	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Marcelo Regina Ribeiro		11423		19/01/2011

TIPO	CIRURGIA	TEMPO DE DURAÇÃO	
Distensão de Clavícula		INICIO	FIM
		15:40	16:40
		TEMPO TOTAL	

CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA	
1º AUXILIAR	ANESTESISTA:	Dr. Ana Paula
2º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:	Dr. Marcelo
	INSTRUMENTADOR	
	CIRCULANTE	

TIPO DE ANESTESIA: BPR + Sedação

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☒	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		11	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
☐	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.5		11	FIO VICRYLNº 2.0	
☐	LUVA ESTERIL 8.0		11	FIO MONONYLON Nº 2.0	
☐	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☒	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
☐	LÂMINA BISTURINº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
☐	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
☐	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
☐	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
☐	SERINGA 01ML			SURGICEL	
☐	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
☐	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº	
☐	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
☐	SERINGA 20ML			SEA CARDIACA	
☐	cateter Nazal		1	OUTROS: Clorox 2%	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Dilene	SUB- TOTAL		
	Luciano	TAXA DE SALA		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				



GOVERNO DO ESTADO DO
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia:

Tipo Cirurgia:

Data: 19 / 01 / 2018

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Maria Regina Ribeiro

Idade 44a

Bloco: A Enfermaria 416 Leito: 03

Caixa: Pequeno Fragmento Bloqueado

Nº _____

Circulante: hda, Elizabeth, Nelson, Raimundo Sala 01

Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

Placa vsp

Parafusos - 16 1

Bloqueado - 18 1

Cortical Nº 16 1

Vitor Parizet Santiago
Ortopedista (Traumatologia)
CRM-RR 1695
RQE ORT Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE MARIA REGINA RIBEIRO, 49 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 09/01/18, COM
DIAGNÓSTICO DE fx clavícula (E).

NO DIA 19/01/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteossíntese fx clavícula (E) SENDO

OPERADO PELO DR. Marcos A E DR. Vitor P.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 21/01/18, ÀS 09:00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 07/02/18, ÀS 07:00h, COM O
DR. Vitor Paracat

ORIENTAÇÕES GERAIS :

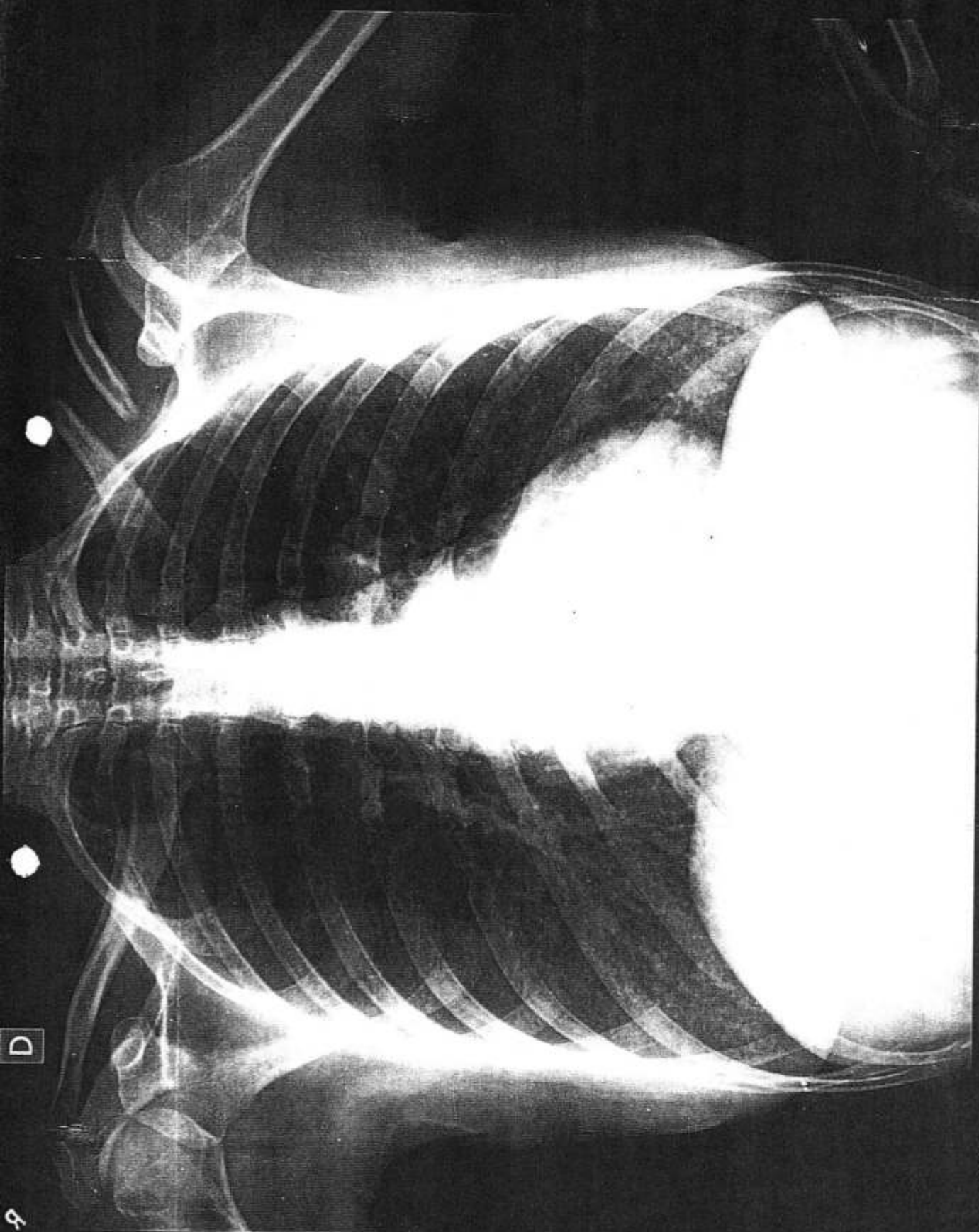
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Marcos Brunner

BOA VISTA, 21/01/18

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1917/R

MÉDICO



D

MARCIA REGINA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

BLOCO 116-3

TR WECSLEY

11/1/2018 10:16:15

50,6 %



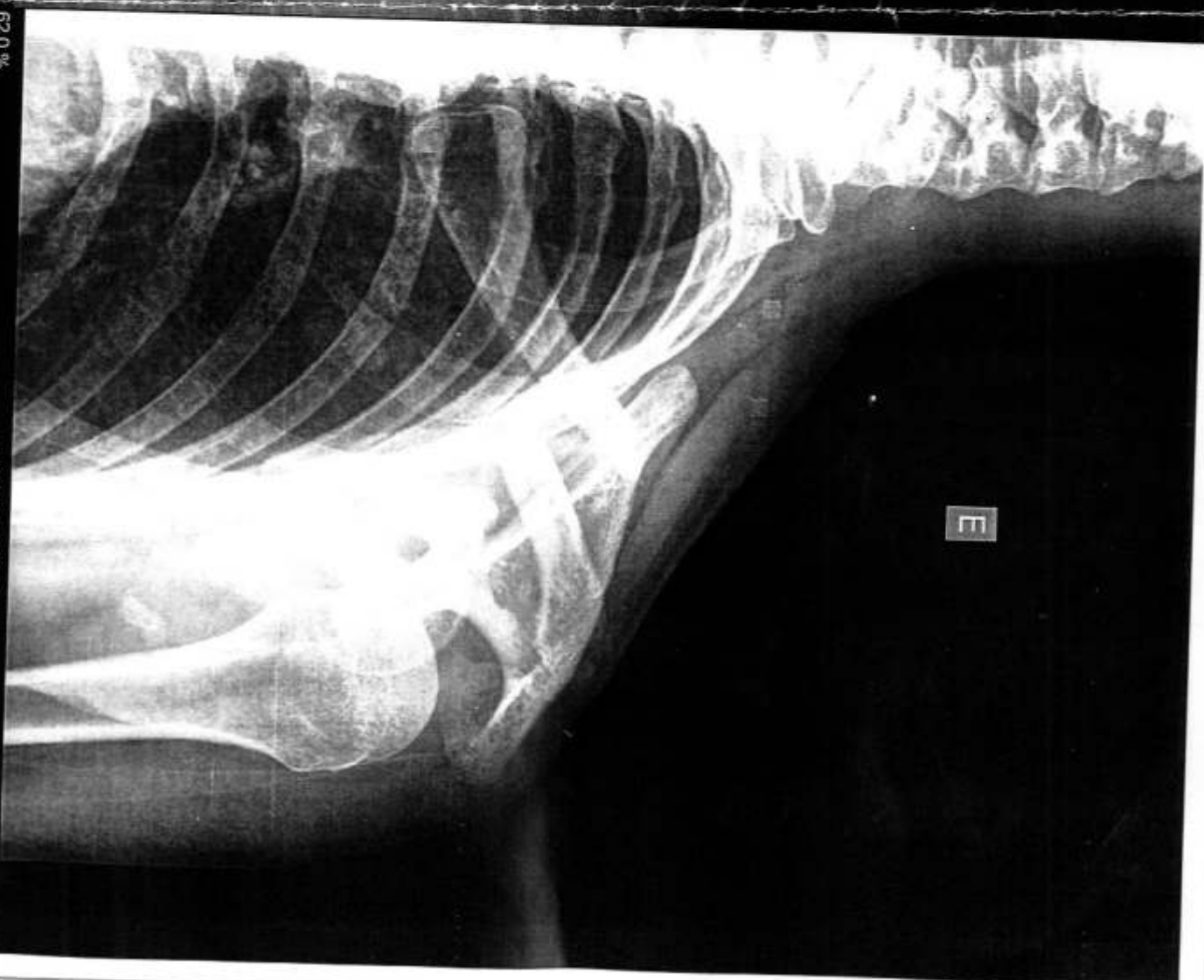
61.9 %

9/1/2018 13:13:10

, MARCIA REGINA RIBEIRO

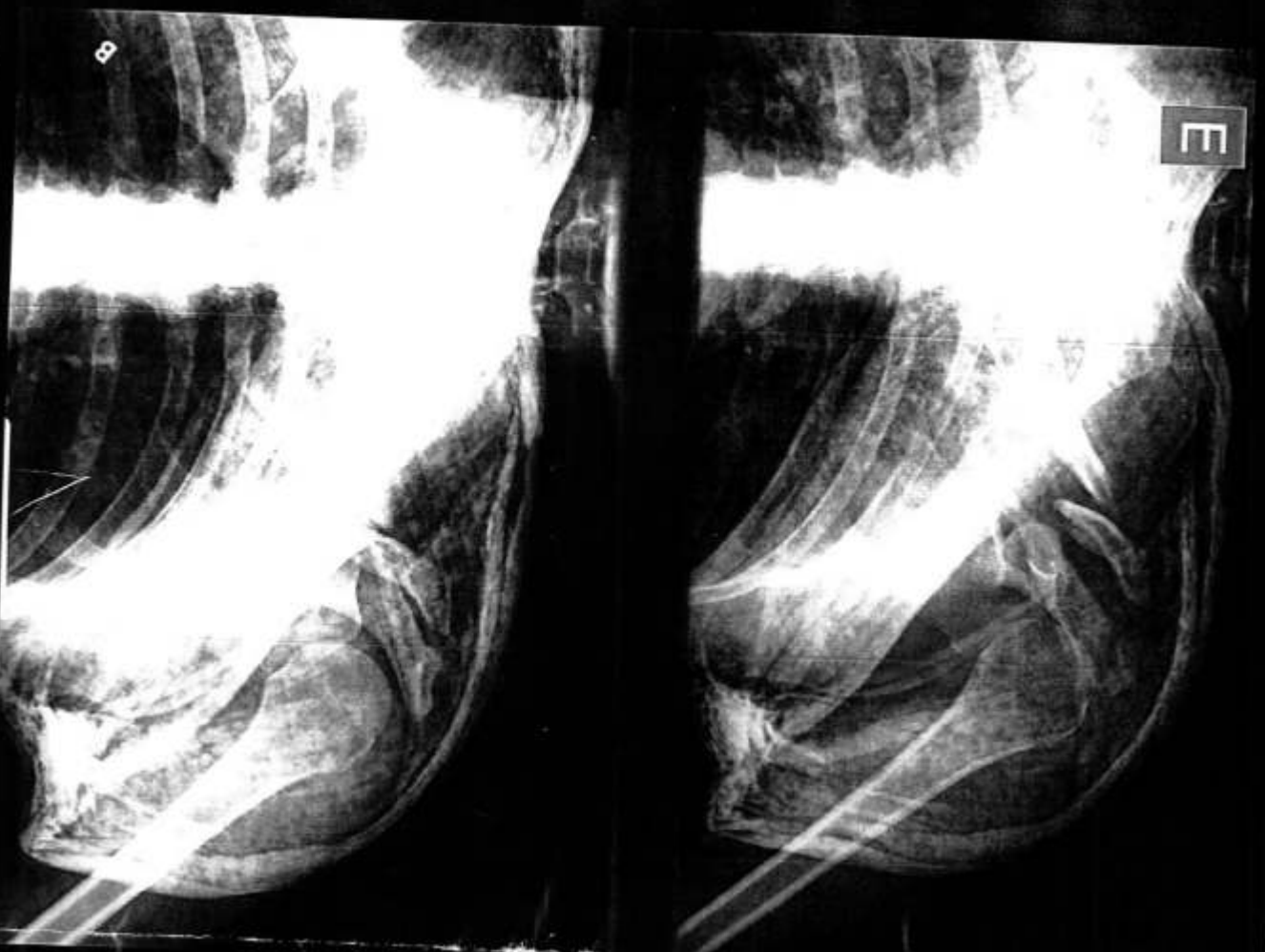
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

DR. DERISVALDO



62.0 %

9/1/2018 13:13:10

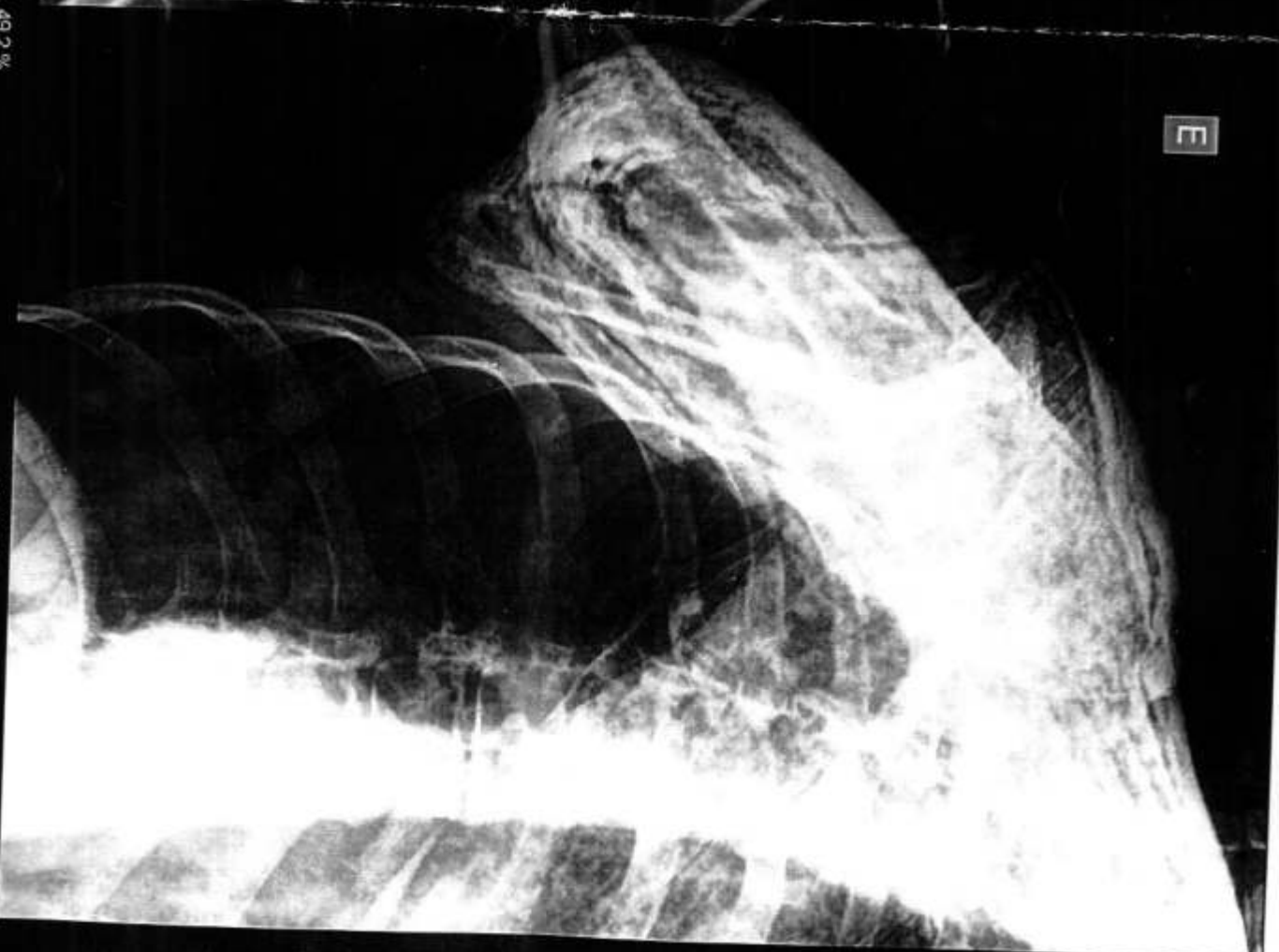


37,7 %

MARCIA REGINA,

12/1/2018 11:33:27

E



49,2 %

12/1/2018 11:33:27

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

DETRAN-RP

Nº 013187630579
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA GED. 28/04/2017
01 01117080370
EXERCÍCIO 2017

MARIA DAS GRACAS KOCHA DA SILVA

065.236.252-49

PLACA

PLACA ANTIGA

9C2KD0810HR437455

ESPECIE/TIPO

COMBUSTIVEL

FAS/MOTOCICLETA/NAO APPLC

ALCO/BASOL

MARCA/MODELO

HONDA/NXR160 BROS ESD

ANO FAB 2017 ANO MOD 2017

CAP/POT/OL

CA EGRIA

COE PREDOMINANTE

2P/0163CE/

PARTICU

AZUL

QUOTA UNICA

VENO COTA UNICA

VEIC/COTAS

1 *PAGOS*

FABO

1º *****

2º *****

PARCELAMENTO/COTAS

2º *****

3º *****

PREMIO TAFIAR (R\$)

10% (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

08/05/2017

OBSERVAÇÕES

AL.FID. BANCO HONDA S/A * PROIB SAIR DA
AMAZON OCID *

Edoardo Silva de Castilho

BOA VISTA - Eduardo Silva de Castilho

Director Presidente-Interno

10/05/2017

NETDAN-RP

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200069447 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIA REGINA RIBEIRO **Data do acidente:** 09/01/2018 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P16,17,20

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO 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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056484/20

Vítima: MARCIA REGINA RIBEIRO

CPF: 383.075.292-04

Data do acidente: 09/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCIA REGINA RIBEIRO

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

MARCIA REGINA RIBEIRO : 383.075.292-04

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: 11/02/2020

Nome: MARCIA REGINA RIBEIRO

CPF: 383.075.292-04

MARCIA REGINA RIBEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2020

Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056484/20

Vítima: MARCIA REGINA RIBEIRO

CPF: 383.075.292-04

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 09/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCIA REGINA RIBEIRO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCIA REGINA RIBEIRO : 383.075.292-04

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: 11/02/2020
Nome: MARCIA REGINA RIBEIRO
CPF: 383.075.292-04

MARCIA REGINA RIBEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA