

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:
2945486020201230101726

Processo 0831214-32.2020.8.23.0010 ☆ - (25 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 10433 - Indenização por Dano Moral

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

7 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 7

500 por pág. 1

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:
2945486020201230101726

Processo 0831214-32.2020.8.23.0010 ☆ - (25 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 10433 - Indenização por Dano Moral

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

7 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 7

500 por pág. 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08312143220208230010

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 **IVANILDE DE ALBUQUERQUE**, 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 **22/02/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **26/10/2020**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

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

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 26/10/2020 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.

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;

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 22/02/2020, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco 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)

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco 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 **22/02/2020**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; 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\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 30 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					
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 **IVANILDE DE ALBUQUERQUE**, em curso perante a **6ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08312143220208230010.

Rio de Janeiro, 30 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, 25 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200397640

Vítima: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 22/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVANILDE DE ALBUQUERQUE

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000078604171-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:

649.214.092-34

4 - Nome completo da vítima:

IVANILDE DE ALBUQUERQUE

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

5 - Nome completo:

IVANILDE DE ALBUQUERQUE

6 - CPF:

649.214.092-34

7 - Profissão:

CONHEIRA

8 - Endereço:

RUA NIKARAGUA

9 - Número:

10

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CAVATIM

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.300-000

15 - E-mail:

SANTANACIVIMARACORRE@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

(71) 9419-3685

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\$1.000,00 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 abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ALU BANK

AGÊNCIA:

0001

CONTA:

7860471

AGÊNCIA:

0001

CONTA:

7860471

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA - RR, 26/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 13137/2020 - Registrado em: 26/10/2020 às 11h 17min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 22/02/2020 às 21h 10min

LOCAL DO FATO

Município: ALTO ALEGRE

UF: RR

Logradouro: VILA SÃO SILVESTRE

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Bairro: CENTRO

Tipo de local: ASSENTAMENTO RURAL

Referência: VICINAL PRINCIPAL DA VILA SÃO SILVESTRE

Complemento: ÁREA RURAL

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

IVANILDE DE ALBUQUERQUE(47), nascido(a) em 22/09/1973, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de COZINHEIRA, CPF Nº 649.214.092-34, País: BRASIL, natural de ALTO ALEGRE-RR, filho(a) de MARIA GESUINO DE ALBUQUERQUE e DESCONHECIDO, endereço: TRAVESSA NICARAGUA 01, cep: 69300-000, Nº: 10, bairro: CAUAME, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, referência: PROXIMO A RUA NICARÁGUA, Telefone: (95) 99174-1485.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRÂNSITO SEGURO DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

SENHOR DELEGADO A COMUNICANTE VEM INFORMAR QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADO, ACONTECEU O SEGUINTE FATO, QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA HONDA/BROS ESDD PLACA NAZ 4417ANO DE FABRICAÇÃO 2017 2017 RENAVAN01129015499 CHASSI 9C2KD0810HR445762 DE PROPRIEDADE DE JOSÉ DA CONCEIÇÃO, QUA QUE TAVA SE DESLOCANDO DA VILA SÃO SILVESTRE PARA BOA VISTA NA REFERIDA VICINAL QUANDO DE REPENTE (UM ANIMAL BOI) ATRAVESSOU NA SUA FRENTE NÃO DANDO TEMPO DE EVITAR O ACIDENTE, QUE COM O IMPACTO VEIO AO CHÃO, QUE POPULARES QUE PASSAVAM PELO LOCAL ACIONARAM O SAMU DA REFERIDA VILA E A MESMA FOI REMOVIDA PARA BOA VISTA ATÉ O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA HGR PARA PROCEDIMENTOS MÉDICOS. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

CLOVIS DE S. CELANE
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRONICAMENTE

Ivanilde de Albuquerque
IVANILDE DE ALBUQUERQUE
COMUNICANTE



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: 649.214.992-34 4 - Nome completo da vítima: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

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

5 - Nome completo: IVANILDE DE ALBUQUERQUE 6 - CPF: 649.214.992-34
7 - Profissão: CONTADOR 8 - Endereço: RUA NIKARAGUA 9 - Número: 10 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CAVATIM 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.300-000
15 - E-mail: SANTANACIVIMPARO3RR@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 9419-3685

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\$1.000,00 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)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: NU BANK
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 7860471
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ 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 - Imprescrito 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 - RR, 26/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Ivanilde de Albuquerque
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

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: 18/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000078604171-8

Nr. da Autenticação 9D366FA0C7D4FD0D



CNPJ: 05.939.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 00.306-610

Matrícula:

1065009

Setembro/2020



ATENDIMENTO
CAERR

0800 280 9520

www.caerr.com.br

Dados do Cliente:

IVANILDE DE ALBUQUERQUE

Endereço para entrega:

TRV NICARAGUA 01, NUM. 0010 - CAUAME BOA
VISTA RR 69300-000

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.015.532.0414.000	25	3065	RESIDENCIAL
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
Y09S667195	09/04/2013	LIGADO	LIGADO
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 1048	1069	21	32
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 21/08/2020 22/09/2020			

ULTIMOS CONSUMOS

202008	17-0
202007	14-0
202006	14-0

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor				
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição				
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M				
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAIS
				E.COLI

09/09/2020 08:50:00



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0032588-0

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ezequiel, 871 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.807.822-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº DA NOTA FISCAL 6023737 FEMP*

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE

foi criada pela Lei nº 10.426 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2020	06/10/2020	398	614,24

JOAO ALCIDES COSTA

CPF: 00092542981/72

R. GIDEAO 312 - NOVA CANAÃ

CEP: 69.314-406 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual: 13/09/2020	Anterior: 19/08/2020	Próxima leitura: 20/10/2020
Emissão: 17/09/2020	Apresentação: 23/09/2020	Dias de consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11ED001198	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	28858							
Leit. Anterior	28460							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	398							
Faturado	398							

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	398 A R\$ 0,748099 =	297,74
RELIACAO		11,11
RELIACAO A REVELIA ART 175 RE		175,26
PARCELAMENTO COSIP 1/24		8,07
CORR MONETARIA TCD (IG 1/24		2,00
PARCELAMENTO DE DERITO 1/24		89,80
ILUMINACAO PUBLICA		30,26

OUTRAS
INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 298 - 6.517778

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

398

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ SANTANA FEITOSA GUIMARÃES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 627.942.903-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

IVANILDE DE ALBUQUERQUE inscrito (a) no CPF sob o Nº 649.244.092/34

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima IVANILDE DE ALBUQUERQUE

inscrito (a) no CPF sob o Nº 649.244.092/34, 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>RUA GIDEÃO</u>	Número: <u>312</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>BOA CAMA</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>SANTANA@VIMBRAES@GMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.344-406</u>	Tel.(DDD): <u>951 99169-3685</u>

Local e Data: BOA VISTA - RR, 01/11/2020

Assinatura do Declarante

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

2001223405

22/02/2020 21:41:29

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 17

Paciente: **IVANILDE DE ALBUQUERQUE**
Data Nascimento: **22/09/1973** Idade: **46 A 5 M 0 D** CNS: **64921409234** CPF: **64921409234** Prontuário: **64921409234**
Tipo Doc: **Documento** Órgão Emissor: **Data Emissão** Sexo: **F** Estado Civil: **Pai** Raça/Cor: **PARDA** Nacionalidade: **BRASILEIRA**
CPF: **64921409234** Mãe: **MARIA GESUINO DE ALBUQUERQUE** Contato: **(95) 99174-1485**
Endereço: **- RUA TRAVESSA NICARAGUA - 10 - -** Ocupação: **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: **Validade** Autorização: **Sis Prenatal**
Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: **Procedência** Temp.: **Peso** Pressão:
Setor: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol.: **Registrado por: LIDIANE OLIVEIRA**

Queixa Principal: **DOR** ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: **negativa** GSC: **AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456** TOTAL: **15**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - **h**)
Paciente trazida pelo SAMU com história de acidente (moto vs animal) no interior do

Exame Físico: **estável - sinais vitais estáveis**
Imobilização do MTD Glasgow 15

Hipótese Diagnóstica: **Exposta de TÍBIA e FÍBULA**

SADT - Exames Complementares: ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) Difenidramina 29 EV		
2) Paracetamol 40 mg EV		
3) Solicito radiografia de MTD		
4) Clonazepam 600 mg EV 6/6 h		
5) Gentamicina 250 mg EV 1x/dia		

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelar ☐ Internação
☐ Transferência para: **ortopedia** Data e Hora da Saída/Alta:

óbito: Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica **Dr. Daniel de N. Araújo**
CRM: **2137**

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: lidiane.oliveira
Data Hora: 22/02/2020 21:42:17



2001223405

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde

NIR

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

NIR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

178623

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BO

14 - Cód. 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 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

38 - SÉRIE

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() PREVIDENTE

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050543
5823
1799



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 23.08.20

O.S. _____

Unidade de
Alunos e Alunas

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

HISTÓRICO OPERATÓRIO:

Dr. Fernando Rezende

CIRURGIÃO:

CRM-RR 2407

1º aUXILIAR:

2º aUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º aUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Dr. Augusto Camilante
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 1243/RGE: 05

- 1) parte em DDA sob sedação
- 2) Anestesia e Analgesia
- 3) Colocação de campo esteril
- 4) LMC com SK 0,9% expansiva
- 5) Sutura de ferimento em região lateral de TVE
- 6) Colocação de frango externo em ferimento com auxílio de intensificador de imagem + compressas de redução de frango
- 7) curativo
- 8) Ao RPA

Dr. Augusto Camilante
Ortopedista Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1243



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Paralela dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

VIT-MED	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45											
	N 20	02	04	06	08	10	12	14	16	18	20	22
LÍQUIDOS VÊNICOS												
DA												
X												
ULSC												
ANES												
X												
OP												
O												
TEMP												
ASPIR.												
A												
RESP												
O												
Export												
Assist												
Contro												

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Fentanil	100 µg	Respiração espontânea	1 - CHECK LIST ANEST. DE
B Midazolam	5 mg	5 - 10 mg técnica oxipática	MONITOR: SpO ₂ , FC, PAM, RR.
C Propofol	40 mg	Punção venosa 27 G de	1 AUP @ CN O ₂ 2L/min
D		Guimark (Atracurium)	2 Sedação - FNTA 100 µg
E		Ventilador de respiração	3 MTC 2,5-8
F		ci suplementar	
G			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Câmara - Nasal / Oro Faríngea	4 Respir - Bupiv. 15
MOQ		Naso / Orofaríngea - Cava	5 Contínuo 240-300
SANGUE		Sel - Temp - Calibre do Tubo	6 Clonidine 600-800
		Sob Mucosa	7 Propofol 2 mg
		Dificuldade Técnica	
TOTAL	400 µg	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	Osteossíntese de fratura de tíbia tibial (fratura externa)		Latrigo - Esperto - Excesso Seco
ANESTESIA	D. F. Alves / R. Bruna / Dr. Fernando		Depressão Respiratória - Hipoxia
			"Bucking" - Vômito
			Hemorragia - Anemia
			Brad Taquicardia - Choque
			PERDA SANGÜÍNEA

Ob. Punção ecomizou Refluxo de Lica Turva, sanguinolenta (Amarelado)
evidencia de possível HSA). FGA = LS
#CO: Solicito TC de crânio

Bruno Thiago O. C. Pinto
MÉDICO
CRM 1025

Bruno Thiago O. C. Pinto
MÉDICO
CRM 1025



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		46A	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Francieli de Albuquerque					22 / 02 / 2020
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Fixador Externo de Placa Exposta de Tornozelo direito.		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		23:30	23:55		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	A. Fernando		ANESTESISTA:		
1º AUXILIAR	Dr. Augusto		RES. ANESTESIA: Dr. Bruno		
2º AUXILIAR			INSTRUMENTADOR		
			CIRCULANTE		
			Nauze / Salma / Eliangela M.		
TIP DE ANESTESIA: Raquí 20:57		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☐	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500 ml	
☐	PACOTES GAZE		☐	Exercício de Anestesia	
☐	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
☐	LUVA ESTERIL 8.0			FIO VICRYL Nº	
☐	LUVA ESTERIL 8.5			FIO MONONYLON Nº 10	
☐	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS P/M			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☐	LÂMINA BISTURI Nº 15			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
☐	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
☐	DRENO DE TORAX Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
☐	DRENO DE PENROSE Nº			FIO PROLENE Nº	
☐	SERINGA 01ML			FIO SEDA Nº	
☐	SERINGA 03ML			SURGICEL	
☐	SERINGA 05 ML		+3cm	GERA-POSSO Enxerto de pele	
☐	SERINGA 10ML		1	KIT CATARATA Nº 02	
☐	SERINGA 20ML		15ml	GEOFOAM Alcool. a 70%	
☐			10ml	FITA CARDIACA Pexidine Tópica	
☐			☒	OUTROS: Bisturis	
1 Grupo Maxilo F/Anestesia					
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Alexandra	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		Nauze / Salma / Eliangela M.	TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

ORTODINTESE IND. E COM. LTDA
 Tel.: 55/11/39494000
 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 250
 Ref. 4747/01 L018 19/001219
 Registro ANVISA: 18229710025

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS									
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			Especialidade: Ortopedia			Procedimento Realizado: Fixação externa de fratura exposta de tornozelo direito			
Nome do Paciente: Lamile de Albuquerque			IDADE: 46	SEXO: F () M ()		Nº do Prontuário		Data 22/02/2020	
Bloco:	Enfermaria:		Leito:		Nº da Sala 4		Circulante de Sala: Nancy Valera / Elviana M.		
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: ex. Pequena energia Preparador									

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (X)		Dados Adicionais:		Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT		
01	ORTOCENTER UNO E COM 1000			

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO:

INSTRUMENTADOR:

Empresa ()

Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM ()
ATHENA () / MACON ()

Marca:

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR: _____

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE
2º OPME/CME

Nome: Evangelista de Albuquerque

Data de Nascimento: 22 / 09 / 1973 Idade: 46

Setor/Leito:

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim (X) Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (X) Não

Date: 22 / 02 / 2020

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA								
Cirurgia Proposta:		Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais							
1. Informações:		23:49	23:00	23:10	23:15		Localização		Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDR-TE	DOR 0/10	
Jejum (X) Sim () Não Prótese () Sim (X) Não Exames () Sim (X) Não Reserva UTI () Sim () Não Lateralidade (X) Sim () Não PNE () Sim () Não Alergia () Sim (X) Não Qual: _____ Reserva de Hemoderivado: _____ () Sim (X) Não Outros: _____		Cirurgia Realizada		Anestesia		Posicionamento		1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso venoso 5. Outros: _____		0'		82	126 x 77	100		
2. Chegou ao Centro Cirúrgico: () Desabilitado (X) Consciente () Com Suporte de O2 () TOT () Agitado 3. Sinais Vitais: T _____ °C R _____ rpm FC 98 bpm PA 139x82 mmHg SAT 98 % (X) Regular () Irregular 4. Anotações (Admissão do Paciente): Atendida em SO. Paciente do 1º. Recurso TC Cq. Exatidão 1 ponto de 2,5 Vítima de Acidente de Tráfego.		Nome: Endara Gentiana SG 5%: _____ Dose: _____ Hora: _____ N° de Compressas oferecidas: 12 N° de Compressas recolhidas: 12 Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Rx () Gasometria () Outros: _____		CH: _____ Plasma: _____ Plaquetas: _____ Antígeno Patológico: _____ () Não (X) Sim N° Peças: _____ () Cultura () Outros: _____		Balanço Hídrico (Pré/Intra/Pós Operatório) Entrada: _____ Saída: _____		Observações: 2 h 01:30 h 2 h								
5. Incisão 6. Cateter O2 7. Vendiclie 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 11. TOT () Não () Sim N° _____ 12. SVD () Não () Sim N° _____ 13. Outros: _____		Sinais Vitais: Saída da SO T _____ °C R _____ rpm PA 139x82 mmHg SAT 94 % FC 86 bpm (X) Regular () Irregular Destino: (X) SRPA () UTI () outros: _____		Legendas: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Manguito PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Vendiclie 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 11. TOT () Não () Sim N° _____ 12. SVD () Não () Sim N° _____ 13. Outros: _____		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente) Redigido previamente, paciente segue em repouso no 1º.		67 Almeida								

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome _____
Responsável Cirurgião _____

Anestesiista _____

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- (☒) Identidade
(☒) Sítio Cirúrgico
(☒) Procedimento
Consentimento () Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO
() Aplica (☒) Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO
(☒) Sim () Não se Aplica
(☒) VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

(☒) PROXIMIDADE DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
(☒) Não () Sim, Qual: Não

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
(☒) Não
(☒) Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500ml
(☒) Não

() Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 24.09.2020 Assinatura [Assinatura] Hora: 14h:00h

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- () Identificação do paciente
() Sítio cirúrgico
() Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

() REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

() REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica
() Sim, Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- () Sim
() Não se aplica

SÁIDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
() Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
() Sim () Não se Aplicam

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
() Sim () Não

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE
() Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

118-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Ivanildo de Albuquerque				
AGNÓSTICO	fratura fechada de fêmur direito				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	23/2/20	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Monte
3	Or 0,9% 500ML EV 2x/d				SND
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				06:12 18:20
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06:00
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SND
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SND
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				04:12 20:00
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SND
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				06:12 18:20
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				08:00 20:00
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/A
13	SSVV + CCGG 6/6 H				SND
14	CURATIVO DIÁRIO				NOTAR
15	Painel 20mg EV 12/12h				10:00 22:00
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RN 2707

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H	122/81	73	-	
24 H	100/60	74	-	36°

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06h: 100 x 70 69 36°

13:20h
PA: 120 x 79
FC: 82
FR: 21
TAX: 36.9°C

118.2



118-2

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - SALA DE RCP / GRANDE TRAUMA / HGR

DATA 23/02/2020

NOME DO PACIENTE: Joanilde Albuquerque

SINAIS VITAIS

HORA	TAX	FC	FR	SpO ₂	P.A.	HORA	TAX	FC	FR	SpO ₂	P.A.
8:00	36.3	97	20	97%		14:00	36.9	80	25	97%	
:						:					
10:00	36.2	80	18	97%		:					
:						:					
12:00	36.1	88	19	96%		:					
:						:					

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

REALIZAÇÃO DE DEXTRO

HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp	HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp	HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp
07:00					13:00					20:00				
08:00					14:00					22:00				
09:00					15:00					00:00				
10:00					16:00					02:00				
11:00					17:00					04:00				
12:00					18:00					06:00				
13:00					19:00									

Enfermeiro Matutino

Enfermeiro Vespertino

Enfermeiro Vespertino



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE	IVANILDE DE AMBUQUERQUE				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE PILÃO TIBIAL DIREITO				
ALERGIAS					
IDADE	HAS		DM2		
ITEM	LEITO	118-2	DATA	24/02/2020	
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				
3					
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
13	CURATIVO				
14	SSVV + CCGG 6/6H				
15					
16					
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					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO DIREITO.

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1954 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	137/83	72	35.1	
18 H	137/76	68	36.1	
24 H	132/80	66	36	

Plantas matutino: Realizado cuidados de enfermagem, aferido SSVV, administrado medicação prescrita. Tcc. Lucelina. Incado AVP com sucesso, mantendo p/lo R 22.

TRABE
SERVICIO SSVV. CUIDADOS ENFERMAGEM

Lucelina D. de A. da Silva
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 776.719-71



GOV. WILSON CRUZ
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE	IVANILDE DE AMBUQUERQUE				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE PILÃO TIBIAL DIREITO				
ALERGIAS					
IDADE	HAS		DM2		
ITEM	LEITO	118-2	DATA	25/02/2020	
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				IND
3					MANTER
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				10-18
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				12-18
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				10-18
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR				J/N
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				J/N
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				J/N
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				J/N
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				10-18
13	CURATIVO				10-18
14	SSVV + CCGG 6/6H				10-18
15					10-18
16					10-18
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO DIREITO.

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120/70	75	36°C	
18 H	120/70	80	36°C	
24 H	124/69	68	35,2°C	

06 120/60 64 - 35,2°C

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

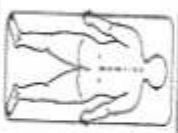
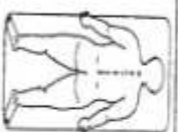
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente: IRANILDE DE OLIVEIRA

Leito: 484 1182

Data: 25/02/20

Localização	 	Região: <u>MI D</u> Grau: I () II (X)	 	Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV 7* () Queimadura (X) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro:
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Pele Perilesional	() Purulento (X) Seroso (X) Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro:
Tipo de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% (X) Gaze (X) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Molhado () Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Molhado () Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Molhado () Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Cobertura primária	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Francielle de Almeida Técnica em Enfermagem COREN RR - 533058 TEC	Silvia Regina de Almeida Técnica em Enfermagem COREN RR - 533058 TEC	Silvia Regina de Almeida Técnica em Enfermagem COREN RR - 533058 TEC	Silvia Regina de Almeida Técnica em Enfermagem COREN RR - 533058 TEC
Observações:				



GOV. NÍLIO 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		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE IVANILDE DE AMBUQUERQUE					
DIAGNOSTICO FRATURA EXPOSTA DE PILÃO TIBIAL DIREITO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	118-2	DATA	26/02/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3					
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
13	CURATIVO				
14	SSVV + CCGG 6/6H				
15					
16					
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					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO
DE FIXADOR EXTERNO EM TORNOZELO DIREITO.

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVACANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/80	80	22	
18 H				
24 H				

Paciente no leito estável
medicando conforme na prescrição
medicando apenas SSVV, com boa diurese.
torção do tornozelo AVP. com gesso nº 22.
e S/Sun com unidade da enfermeira.
(M) 408/472

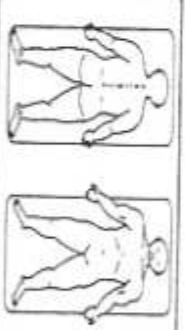
EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1
Paciente: *Adonilde Vieira Araujo*
Leito: *118.2*

Versão: 08
Elaborada: 02/2013
Atualizada: 2/26/20
Data: *1 02/2020*

Localização		Região: <i>MSD</i> Grau: I () II (<i>X</i>)		Região: <i>MSD</i> Grau: I () II (<i>X</i>)
Etiologia	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <i>Tracção</i> Fixador Externo ☒ Ortopedia ☐ Outro:			
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros			
Pele Perilesional	☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:			
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:			
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido <i>POUCO</i> ☐ Seco			
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%			
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:			
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	<i>Adonilde Vieira Araujo</i> Téc. em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE		<i>Ana Carolina da Silva Garcia</i> Téc. em Enfermagem COREN-RR 504.622	
Observações:				



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu JRanilck de oliveira CPFn° _____

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

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguara justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferencia para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:
 - Cirurgias pré-agendadas;
 - Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
 - Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
 - Quando decidido pela equipe assistencial;
- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguara;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clinico e especializado;
- 6.) Confirmo que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 26 de Fevereiro de 2020.

Assinatura do paciente: JRanilck de oliveira

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPFn°: _____ Grau de Parentesco: _____

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

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura do Médico Regulador

CRM _____ / _____



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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

DATA: 26/2/20
PACIENTE: Ivanildo Albuquerque DN: 22.91.73
DIAGNOSTICO(S): fratura exposta do fêmur direito
DIH: 22/2/20
KANBAM: _____ Dieta: _____
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA: ____/____/____): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____
Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____
HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
EAS: _____
CULTURAS (____/____/____): _____

IMAGEM _____

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA: ____/____/____): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____ Na: _____ K: _____ Ca: _____
Cl: _____ HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
EAS: _____
IMAGEM _____

ANTIBIÓTICO

USADO: _____

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO: _____

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS: _____

TERAPIA INSTITUIDA:

Ceftriaxona + Clindamicina

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Sem dor para cirurgia

Boa Vista de _____ de 20 ____ Hora: _____

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____/____

CRM _____/____

Dr. Augusto C. C. C.
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 984



D



IVANILDE DE ALBUQUERQUE

4436

HOSPITAL CORONEL MOTA

Ana Quezia

D



IVANILDE DE ALBUQUERQUE

4436

HOSPITAL CORONEL MOTA

Ana Quezia

D



IVANILDE DE ALBUQUERQUE

7267

HOSPITAL CORONEL MOTA

Alex





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÊS-ESTADO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JOSE CARLOS FREITAS GUTOMAR

1650874125

03429182366

20/05/2023

13/10/2024

1650874125

PROIBIDO PLASTIFICAR

RORAIMA

43165543613

RR200677511

DE ACAL

MG PR PB PA PE PI RJ RS RO RR SC SE

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTR, instituída pelo antigo Presidente Getúlio Vargas, por Decreto do Decreto nº 23.083, de 29.11.1933 e posteriormente reformada pelo Decreto nº 54.132 de 01.15.1945, que aprovou a CTR. É o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do trabalhador, de trabalho, antecedentes, histórico para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção de aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantidos, ainda, sua habilitação ao Seguro-desemprego e ao fundo de Garantia na época de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações, contido neste documento, a seu pedido, de conservação, deverão ser conferidas e qualificadas as atividades praticadas pelo seu possuidor.

Para sua importância, a seu deve ser protegida e conservada, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia de preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECIONADA COM TECNOLOGIA DE IMPRESSÃO DIGITAL

Entre em contato com: www.mec.gov.br

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

126.36697.66-9

1046640

003-0

RR

Assinatura do Trabalhador





FILIAÇÃO _____

MARIA GESUINO DE ALBUQUERQUE

NASCIMENTO...: 22/06/1973

SEIO: FEMMINO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: ALTO ALEGRE - RR

DOCUMENTO___: C.N. 87976 LVA - A-130 FLS 158 - 25/04/1995 - DELISDETE

COELHO - BOA VISTA - RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CNPJ: 04.914.092-34

CASH:

TIT. ELEITOR: 0022629-02607

SEÇÃO: 0029

ZONA: 003

LOCAL/DATE DE EMISSÃO: SRT/RS - 28/01/2000

[illegible]

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FALL 2000

DATA DE NASCIMENTO: 22/

15504

© 1999 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

INDIAN

DOCUMENTS

STEWART & SUTHERLAND

ACKNOWLEDGMENTS

DOCUMENTARY

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

MOVIE

DOCUMENTO

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 105–112

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200397640 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANILDE DE ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 22/02/2020 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO PILÃO TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXADOR EXTERNO/OSTEOSSÍNTESE - PAG 3,20,21) E ALTA MÉDICA

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315722/20

Vítima: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

CPF: 649.214.092-34

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/02/2020

Titular do CPF: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

IVANILDE DE ALBUQUERQUE : 649.214.092-34

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: 05/11/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: IVANILDE DE ALBUQUERQUE
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUX. COZINHA RG: 1769.15 SSP/RR
CPF: 649.214.092-94 ENDEREÇO: TV. NICARAGUA Q1 N- 10
BAIRRO: CAVAME CIDADE: BOA VISTA - RORAIMA
CEP: 69.300-000

VÍTIMA: IVANILDE
CPF: _____ DATA DO ACIDENTE: 23-02-2020
NATUREZA: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: JOSE SANTANA FEITOSA GIMARAES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTONOMO
Nº DO RG: 114846399-3 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/MA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº CPF: _____
ENDEREÇO: RUA GIDEAO Nº 312 BAIRRO: NOVA CANAÃ

PODERES:

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

BOA VISTA, 13 de MAIO de 20 20

Ivanilde de Albuquerque
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315722/20

Vítima: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

CPF: 649.214.092-34

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/02/2020

Titular do CPF: IVANILDE DE ALBUQUERQUE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

IVANILDE DE ALBUQUERQUE : 649.214.092-34

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: 05/11/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO