



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, JOSE ANTONIO DE JESUS SILVA PROFISSÃO: AV. DE COZINHA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO, FONE: 195199147-4955,
E-MAIL: ILDIRR@HOTMAIL.COM RG: 36607702-8
SSP- SP e CPF: 282.241.898-56, RESIDENTE À
RUA: AV. JARDIM B: 15 AP 202 JPE AMARDO N° 1005,
BAIRRO: CIDADE SATELITE pelo presente instrumento procuratório,
nomeia e constitui, como seu procurador, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, ____ de ____ de 201__.

* JOSE ANTONIO J- SILVA

Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR

Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 98406-9617

E-mail: adv.abhner@hotmail.com Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: JOSE ANTONIO DE JESUS SILVA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO: AUX. DE COZINHA
RG N° 36607702-8 SSP/ SP CPF: 282.241.898-56
ENDEREÇO: AV. JARDIM B: 15 AP: 202 BAIRRO: CIDADE
SATELITE - VILA JARDIM IPE AMARELO.

declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, ____ de _____ de 2019.

* JOSE ANTONIO J. SILVA

VALIDA EM TODO O TER. TORIC. V. 1.0. AL. 2006

REGISTRO GERAL 36.607.702-8 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/MAR/2006

NOME JOSÉ ANTONIO DE JESUS SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ DOMINGOS DA SILVA

E. CORNELINA MARIA DE JESUS SILVA

NATURALIDADE S. INÊS -MA DATA DE NASCIMENTO 02/NOV/1969

DOC ORIGEM SANTA INÊS -MA

CN: LV.A064/FLS.0224/N.053275

CPF 282241898/56

ASSINATURA DO DETENTOR DO N.º 36.607.702-8

PROVEDO PLATINUM

ESTADO DE SÃO PAULO 0101-6

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

JOSE ANTONIO J. SILVA

CARTERA DE IDENTIDADE

27 DEZ. 2018



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO	
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL	
INSCRIÇÃO	126.86080.93-2
3755333	0050
RR	
JOSE ANTONIO S. SILVA	
FOTO	
IMPRESSÃO DIGITAL	

TRABALHADOR
Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 07.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional. Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS. O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador. pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da 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 RECURSOS DO SISTEMA DE AMPARO AO TRABALHADOR SISTEMA DE PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

EMPREGADOR		EMPREGADO	
EMPREGADOR: 3D EMPREENDE FABRIC E COM DE ALIMENTOS LTDA - ME		EMPREGADO: []	
CNPJ: 25.035.807/0001-90		CPF: []	
Endereço: Av. ELDORADO, 403		MUNICÍPIO: []	
Bairro: 13 DE SETEMBRO - CEP 69.308-00		EST. DO ESTABELECIMENTO: []	
Boa Vista / RR		CARGO: []	
Esp. Estabelecimento: Comercial		DATA DE ADMISSÃO: []	
Função: AUXILIAR DE COZINHA		REVISÃO: []	
Data Admissão: 02 DE ABRIL DE 2017		REVALORAÇÃO ESTABILIDADE: []	
Livro: 01		DATA DE SAÍDA: []	
Folha: 15		[]	
Remuneração: R\$ 958,50 (Novecentos E Cinquenta e Oito Reais).		[]	

[Assinatura]
Diretora

01

3D EMPREENDEMENTOS

2017

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0134953-8

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

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

Regime especial de tributação autorizado pela SEFAZ 360/13

Nº da Nota Fiscal 001253158

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2018	26/08/2018	87	79,75

JOHON WASHINGTON GOMES LIMA

AV JARDIM 1005 BIS 4202-1PE AMAREL CIDADE SATELITE

RESIDENCIAL VILA JARDIM

CEP: 69.312-520 - BOA VISTA

ROT: 32.001.24.20.404400

DADOS DA LEITURA	KWh	DATA DA LEITURA
Atual	4663	14/08/2018
Anterior	4576	12/07/2018
Constante de Multiplicação	1,000	14/09/2018
Consumo Medido	87	13/08/2018
Consumo Faturado	87	14/08/2018

Plano de Tarifa	NORMAL	Classe de Consumo	33
-----------------	--------	-------------------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	15E08026020	1423453	1.1.1.2	183

HISTÓRICO (KWh)	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUL/18 71	CONSUMO 87 A R\$ 0,557486 = 48,50
JUN/18 90	ILUMINACAO PUBLICA 31,25
MAI/18 183	
ABR/18 230	
MAR/18 226	
FEV/18 168	
JAN/18 157	
DEZ/17 234	
NOV/17 223	
OUT/17 184	
MÉDIA 12 MÊSES:	
87 A R\$ 0,456776	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO		
Mês/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora recebe o resumo do fornecimento da energia elétrica a partir de 01/02/2018 em função das pontas ativadas nesta fatura. O valor pago pela unidade não tema inclusão da nota do consumidor no SLIP. Informações sobre a existência de pontos, verifique a já realizada a no valor de R\$ 0,557486. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
07/2018	71,37	
CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) P ODERAR SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26		

RESERVADO AO FISCO 704E.9269.5F79.ADE2.A791.1CE7.F483.F91B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	14,91	Base de Cálculo:	48,50
Energia:	23,85	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	8,24
Encargos:	0,99	Valor do PIS:	0,09
Tributos:	8,75	Valor do COFINS:	0,42

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
2,69			6,00			1,07	
FLORESTA				06/2018		20,03	
ROT: 32.001.24.20.404400							

Eletrobras Distribuição Roraima	SEU CÓDIGO 0134953-8	TOTAL A PAGAR - R\$ 79,75
Eletrobras Distribuição Roraima Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44 Ins. Estadual: 24.007.022-3	MÊS FATURADO 08/2018	VENCIMENTO 26/08/2018
	Nº da Nota Fiscal: 001253158	FCAM

836900000000 8 79750075000 6 00000000134 7 95380818008 7



SEQ.: 00186 UC: 0134953-8 DT. LEIT.: 14/08/2018 T. ENTR.: 03
LEITURA: 4663 NORMAL TOTAL: 79,75 CARGA: 017

27 DEZ. 2018



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Iloir Inácio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Antônio de Jesus Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 282.241.898 / 56, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
José Antônio de Jesus Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 282.241.898 / 56, 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 Antônio Pinheiro Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Buritis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>iloirr@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95) 98125-9538</u>

Boa Vista de 27 de Dezembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	José Antônio de Jesus Silva
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	
IDENTIDADE:	36.607.702-8 SSP-MA
ENDEREÇO:	Av. Jardim, Nº 1005, Cidade Satélite

OUTORGADO

NOME:	Ilka Iracema de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua Antônio Pinheiro Galvão, 1832, Bontite

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Boa Vista-RR 07/09/2018

LOCAL E DATA



JOSÉ ANTONIO DE JESUS SILVA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

27 DEZ. 2018





Ministério da Justiça e Segurança Pública
Polícia Rodoviária Federal
Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



PRF



Acidente nº 18047995B01

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 174

KM: 518,0 - Crescente

Município: BOA VISTA/RR

Data: 18/08/2018

Hora: 15:35

Policial responsável pelo atendimento: DIEGO RIBEIRO, matrícula 2200800

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal

Tipo de pavimento: Asfalto

Tipo de pista: Simples

Condição da pista: Seca

Estrutura viária: Reta

Localidade urbanizada: ✕

Acostamento: ✕

Canteiro central: ✕

Condição meteorológica: Céu Claro

Fase do dia: Pleno dia



Documento assinado eletronicamente por DIEGO RIBEIRO, matrícula 2200800, Policial Rodoviário Federal, em 22/08/2018, às 18:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18047995B01 e o número de controle 2EB7EF76DB8F5F3BC1D748E212AC9C



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18047995B01



PRF

NARRATIVA

No dia 18/08/2018, por volta das 15h35, no km 518 da BR-174, em BOA VISTA-RR, ocorreu um acidente, do tipo saída de leito carroçável, seguida de capotamento, com quatro vítimas com lesões leves. O veículo envolvido foi o automóvel FIAT/UNO MILLE FIRE, cor verde, placa NAK5620 (V1). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1 trafegava na faixa de trânsito do sentido crescente (BOA VISTA-PACARAIMA), quando saiu do leito carroçável, capotando em seguida. Chegando ao local, a equipe da PRF encontrou o V1 fora do leito carroçável, de rodas para o ar (capotado). Se apresentou como passageiro de V1 o Sr. CLAUDECY DO NASCIMENTO SILVA, com algumas escoriações nos braços, que informou que o motorista perdeu o controle do veículo ao desviar de um buraco na pista, capotando em seguida, que logo após alguns veículos pararam para ajudar, socorrendo o condutor e os outros ocupantes com vida para o HGR. O local do acidente estava parcialmente desfeito, os ocupantes de V1 já haviam sido removidos, restando apenas um passageiro com lesões leves. Após o levantamento do local do acidente, a equipe deslocou até o HGR, identificando os outros quatro ocupantes, sendo três lesionados levemente, incluindo o condutor, Sr. WELLIGTON NASCIMENTO DOS SANTOS, e um ileso. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações, durante levantamento do local de acidente, concluiu-se que o fator principal foi a perda do controle da direção do veículo ao se deparar com um buraco. Observações: O local do acidente estava parcialmente desfeito, vítimas foram removidas antes da chegada da equipe da PRF. O local apresentava sinalizações horizontal e vertical presentes e nítidas. A velocidade máxima permitida para a via é de 100 km/h (cem quilômetros por hora) para automóveis (Art. 61, § 1º, II, b, 1). O veículo V1 apresentava os dois pneus traseiros em mau estado de conservação. O condutor de V1 estava com a CNH vencida desde 27/02/2018. O ano do último licenciamento de V1 era 2017, com o licenciamento de 2018 já vencido. Em razão do exposto, foram adotados os procedimentos administrativos cabíveis, incluindo o de sua remoção para o pátio contratado da PRF de Boa Vista/RR. Não foi possível realizar o teste de etilômetro, pois o condutor estava com colar cervical numa maca da emergência do HGR, porém a médica de plantão, que atendeu o Sr. WELLIGTON NASCIMENTO DOS SANTOS, informou não perceber sinais de embriaguez.

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Saída de leito carroçável	V1
2	Capotamento	V1



Documento assinado eletronicamente por DIEGO RIBEIRO, matrícula 2200800, Policial Rodoviário Federal, em 22/08/2018, às 18:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18047995B01 e o número de controle 2EB7EF76DB8F5F3BC1D748E212AC9C



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18047995B01



PRF

IMAGENS PANORÂMICAS

SENTIDO CRESCENTE

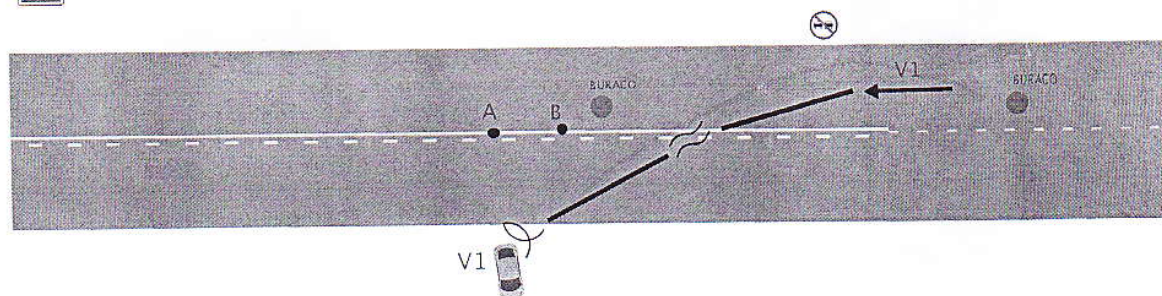
SENTIDO DECRESCENTE

AMARRAÇÃO - TRIÂNGULAÇÃO

Descrição do Ponto	X	Y
Roda traseira direita - NAK5620 - V1	8.0	11.0
Roda dianteira direita - NAK5620 - V1	10.1	12.2
Início da marca de frenagem - NAK5620 - V1	31.0	20.8
Fim da marca de frenagem - NAK5620 - V1	29.0	18.8
Placa de sinalização R-7	43.0	32.8

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE

Local parcialmente preservado



← PACARAIMA

BOA VISTA →



Documento assinado eletronicamente por DIEGO RIBEIRO, matrícula 2200800, Policial Rodoviário Federal, em 22/08/2018, às 18:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18047995B01 e o número de controle 2EB7EF76DB8F5F3BC1D748E212AC9C

27 DEZ. 2018

191



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18047995B01



PRF

V1



NAK5620

Placa: NAK5620 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: FIAT/UNO MILLE FIRE/2001

Renavam: 00770333249

Chassi: 9BD15802524306436

Tipo de Veículo: Automóvel

Espécie/categoria: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

PROPRIETÁRIO

Nome: JOSE EUDES PEREIRA DE SIQUEIRA

CPF/CNPJ: 453.285.794-53

Endereço: R QUARTA NASCENTE ARACELI S, 327 - MAIOR, BOA VISTA/RR

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Outros

Tipo de receptor: Depósito credenciado

Informações complementares: Veículo com licenciamento vencido, sem condições de circulação.



Documento assinado eletronicamente por DIEGO RIBEIRO, matrícula 2200800, Policial Rodoviário Federal, em 22/08/2018, às 18:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18047995B01 e o número de controle 2EB7EF76DB8F5F3BC1D748E212AC9C.



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18047995B01



PRF

V1



TRACIONADOR



NAK5620



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DIEGO RIBEIRO, matrícula 2200800, Policial Rodoviário Federal, em 22/08/2018, às 18:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18047995B01 e o número de controle 2EB7EF76DB8F5F3BC1D748E212AC9C

27 DEZ. 2018

191



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18047995B01



PRF

V1



CONDUTOR

WELLIGTON NASCIMENTO DOS SANTOS

Placa do veículo: NAK5620

Marca/modelo: FIAT/UNO MILLE FIRE

Envolvimento: Condutor

Nome: WELLIGTON NASCIMENTO DOS SANTOS

CPF: 612.151.982-72

Data de nascimento: 18/10/1977

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUIZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional **Categoria:** AB **Data primeira habilitação:** 18/09/2001

Nº Registro: 01996819878 **UF:** RR **Data de vencimento da habilitação:** 27/02/2018

Motorista Profissional: Não **Observações CNH:** 99

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA JOAO PADEIRO, 890 - CASA, BURITIS, BOA VISTA/RR

Telefone/email: 95991440706/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Socorro médico

Tipo de receptor: Hospital ou clínica

Informações complementares: Quando a equipe da PRF chegou ao local do acidente o indivíduo já havia sido removido por um taxista que transitava naquele trecho, que no caminho para o HGR encontrou o resgate do corpo de bombeiros e entregou a vítima.



Documento assinado eletronicamente por DIEGO RIBEIRO, matrícula 2200800, Policial Rodoviário Federal, em 22/08/2018, às 18:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18047995B01 e o número de controle 2EB7EF76DB8F5F3BC1D748E212AC9C

27 DEZ. 2018

191



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18047995B01



PRF

V1



PASSAGEIRO

FERNANDA UCHOA FERNANDES

Placa do veículo: NAK5620

Marca/modelo: FIAT/UNO MILLE FIRE

Envolvimento: Passageiro

Nome: FERNANDA UCHOA FERNANDES

CPF:

Data de nascimento: 24/01/1980

Número de identificação/órgão expedidor: 4031334/SSP/RR

Estado civil:

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA PASTOR FERNANDO GRACEIRO, 404, CAIMBÉ, BOA VISTA/RR

Telefone/email: 95991733507/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Socorro médico

Tipo de receptor: Hospital ou clínica

Informações complementares: Quando a equipe da PRF chegou ao local do acidente o indivíduo já havia sido removido por um usuário em um outro veículo que transitava naquele trecho.



Documento assinado eletronicamente por DIEGO RIBEIRO, matrícula 2200800, Policial Rodoviário Federal, em 22/08/2018, às 18:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18047995B01 e o número de controle 2EB7EF76DB8F5F3BC1D748E212AC9C

27 DEZ. 2018

191



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18047995B01



PRF

V1



PASSAGEIRO

JOHON WASHINGTON GOMES LIMA

Placa do veículo: NAK5620

Marca/modelo: FIAT/UNO MILLE FIRE

Envolvimento: Passageiro

Nome: JOHON WASHINGTON GOMES LIMA

CPF: 771.213.682-34

Data de nascimento: 28/12/1981

Estado civil:

Sexo: Masculino

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DE CONTATO

Endereço: ANGELA CONCECAO BARROS, 1 - CASA, CENTRO, CANTA/RR

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por DIEGO RIBEIRO, matrícula 2200800, Policial Rodoviário Federal, em 22/08/2018, às 18:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18047995B01 e o número de controle 2EB7EF76DB8F5F3BC1D748E212AC9C



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18047995B01



PRF

V1



PASSEIRO

CLAUDECY DO NASCIMENTO SILVA

Placa do veículo: NAK5620

Marca/modelo: FIAT/UNO MILLE FIRE

Envolvimento: Passageiro

Nome: CLAUDECY DO NASCIMENTO SILVA

CPF: 038.256.143-01

Data de nascimento: 17/10/1989

Estado civil:

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DE CONTATO

Endereço: 13 DE MAIO, 27 - POV AUZILANDIA, ZONA RURAL, ALTO ALEGRE DO PINDARE/MA

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Socorro médico

Tipo de receptor: Hospital ou clínica

Informações complementares: Foi levado ao HGR por um conhecido que apareceu no local. Apresentava apenas algumas escoriações no braço direito.



Documento assinado eletronicamente por DIEGO RIBEIRO, matrícula 2200800, Policial Rodoviário Federal, em 22/08/2018, às 18:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18047995B01 e o número de controle 2EB7EF76DB8F5F3BC1D748E212AC9C

27 DEZ. 2018

191



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18047995B01



PRF

V1



PASSEIRO

KEITH DARLLEN BRASIL DE PINHO

Placa do veículo: NAK5620

Marca/modelo: FIAT/UNO MILLE FIRE

Envolvimento: Passageiro

Nome: KEITH DARLLEN BRASIL DE PINHO

CPF: 978.940.012-87

Data de nascimento: 12/04/1989

Estado civil:

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

Informações complementares: Quando a equipe da PRF chegou ao local do acidente o indivíduo já havia sido removido por um usuário em um outro veículo que transitava naquele trecho.

DADOS DE CONTATO

Endereço: BENJAMIN CONSTANT, 3322, SAO VICENTE, BOA VISTA/RR

Telefone/email: 95991733507/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Socorro médico

Tipo de receptor: Hospital ou clínica

Informações complementares:



Documento assinado eletronicamente por DIEGO RIBEIRO, matrícula 2200800, Policial Rodoviário Federal, em 22/08/2018, às 18:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18047995B01 e o número de controle 2EB7EF76DB8F5F3BC1D748E212AC9C



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito **Acidente nº 18047995B01**



PRF



Imagens Complementares

Informações Gerais



IMAGEM COMPLEMENTAR 01

V1 - Tracionador - FIAT/UNO MILLE FIRE - NAK5620



IMAGEM COMPLEMENTAR 01

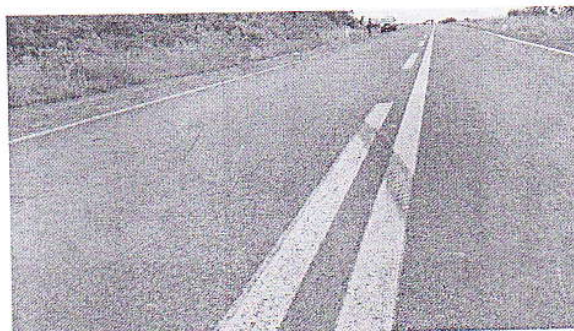


IMAGEM COMPLEMENTAR 02



IMAGEM COMPLEMENTAR 03



IMAGEM COMPLEMENTAR 04



Documento assinado eletronicamente por DIEGO RIBEIRO, matrícula 2200800, Policial Rodoviário Federal, em 22/08/2018, às 18:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18047995B01 e o número de controle 2EB7EF76DB8F5F3BC1D748E212AC9C

27 DEZ. 2018

191



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito **Acidente nº 18047995B01**



PRF



Imagens Complementares



IMAGEM COMPLEMENTAR 05



IMAGEM COMPLEMENTAR 06



Documento assinado eletronicamente por DIEGO RIBEIRO, matrícula 2200800, Policial Rodoviário Federal, em 22/08/2018, às 18:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18047995B01 e o número de controle 2EB7EF76DB8F5F3BC1D748E212AC9C



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18047995B01



PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / FIAT/UNO MILLE FIRE

Placa: NAK5620

Nome do agente: DIEGO RIBEIRO

Nº BOAT: 18047995B01

Matrícula do agente: 2200800

Data: 18/08/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X	
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda	X		
8	Estrutura da coluna central esquerda	X		
9	Estrutura da coluna traseira esquerda	X		
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalás ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita	X		
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita	X		
19	Estrutura da coluna dianteira direita	X		

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por DIEGO RIBEIRO, matrícula 2200800, Policial Rodoviário Federal, em 22/08/2018, às 18:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18047995B01 e o número de controle 2EB7EF76DB8F5F3BC1D748E212AC9C

27 DEZ. 2018

191



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18047995B01



PRF

Item	Descrição do Item	SIM*	NÃO**	NA***
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

Total geral (SIM + NA): 6

Dimensão da monta: Média

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por DIEGO RIBEIRO, matrícula 2200800, Policial Rodoviário Federal, em 22/08/2018, às 18:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18047995B01 e o número de controle 2EB7EF76DB8F5F3BC1D748E212AC9C

 MINISTÉRIO EXTRAORDINÁRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL EMERGÊNCIA 191	 FORMULÁRIO DE REQUERIMENTOS
---	---

TIPO DE REQUERIMENTO		
☐ Cópia de Boletim de Acidente	☐ Confecção de Boletim de Acidente	☐ Nada Consta
☒ Retificação de Boletim de Acidente	☐ Recurso de requerimento indeferido. Informar número do processo.	☐ Outros:

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
1. O requerimento poderá ser formulado por: a) pessoas físicas ou jurídicas, com a devida comprovação legal, envolvidas diretamente na ocorrência; b) aqueles que, embora não tenham se envolvido diretamente na ocorrência, têm direitos ou interesses que podem ser afetados pela decisão a ser adotada (familiar em primeiro grau, cônjuge, proprietário do veículo, proprietário de imóvel lindeiro danificado, concessionária que administra rodovias, entre outros); c) representantes de seguradoras, desde que apresentem apólice do segurado de um dos envolvidos no acidente de trânsito, devidamente identificados com contrato de prestação de serviços e documento de representação que o vincule ao sinistro referente ao boletim em questão; d) demais pessoas e entes autorizados em lei ou com autorização judicial. 2. O requerente deverá apresentar, obrigatoriamente, um documento de identidade oficial com foto ou instrumento de representação; 3. Para facilitar a análise do pedido, deverão ser apresentados documentos que o comprovem ou fundamentem; 4. Cópias de documentos devem estar acompanhadas dos originais, possibilitando que sejam autenticados por servidor PRF; 5. Deverá ser informado um e-mail para envio da resposta, assim como um telefone fixo e celular para contato; 6. O Formulário deverá ser preenchido em sua totalidade, preferencialmente com letra de forma; 7. Nos casos de RECURSO por indeferimento total ou parcial, deverá ser informado o número do processo anterior.

TIPO DE REQUERENTE					
☐ Condutor	☒ Passageiro	☐ Pedestre / Ciclista	☐ Proprietário	☐ Pai / Mãe	☐ Irmão / Irmã
☐ Filho / Filha	☐ Cônjuge	☐ Portador de Procuração	☐ Portador de Apólice	☐ Outro:	
Nome _____			Data de Nascimento _____		
Nº Registro CNH _____		CPF _____	Identidade _____	Emissor/UF _____	
Endereço _____			Nº _____	Complemento _____	
Bairro _____			CEP _____	Cidade _____	UF _____
E-mail (OBRIGATÓRIO e com LETRA DE FORMA) _____			Telefone Fixo _____	Telefone Celular _____	
Nº da Comunicação _____	Nº do Protocolo _____	Data do acidente _____	Hora _____	Placa do Veículo _____	Marca/Modelo _____
Br _____	Km _____	Cidade _____	UF _____	Localidade / Trecho / Ponto de referência _____	

Descrição sucinta do pedido _____	
SOLICITO QUE MEU NOME SEJA COLOCADO NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA COM O SINISTRO OCORRIDO NO DIA 18/08/2018 NA BR 174 NO KM 538.	
Boa Vista/RR, 03/10/2018 JOSÉ ANTONIO J. SILVA	
Protocolo _____	Data _____
Matrícula _____	Cargo _____
Assinatura _____	Assinatura do Requerente (Conforme Identidade) _____

PRF

Protocolo _____	Data _____	Hora _____	Agente _____
Matrícula _____	Cargo _____	Assinatura _____	

NRPA
NÚCLEO REGIONAL DE
PREVENÇÃO DE ACIDENTES

Assinado em: 03/10/18
09:49 h.
Adriane 2420520
servidor Autenticado

F.ACD.06.01

27 DEZ. 2018

	MINISTÉRIO EXTRAORDINÁRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL EMERGÊNCIA 191		FORMULÁRIO DE REQUERIMENTOS
Descrição do pedido No dia 18/08/2018 por volta das 15:35 horas, eu e outros amigos, seguíamos no automóvel Fiat de placa NAK 5620 de cor verde pertencente ao meu amigo Wellington, com destino sítio de familiares. Quando em dado momento, Wellington, perdeu o controle do veículo vindo a capotar. De todos os que estavam no automóvel, eu fui o que mais se feriu, por isso fui logo socorrido por populares e levado para o hospital. Mas tenho a convicção de que um policial Rodoviário, foi até ao hospital, falar comigo inclusive pegando todos os meus dados. Portanto diante da situação venho pedir a retificação para que meu nome seja acrescentado no Boletim de Ocorrência de nº 18047995303, para que posteriormente, eu possa ingressar com meu pedido de seguro por danos pessoais.			
Cidade/UF		Data	Assinatura do Requerente (Conforme Identidade)

1. De posse do número do protocolo e do CPF ou CNPJ do envolvidos ou proprietário, acesse <https://www.prf.gov.br/novobat/consultar> para consultar ou imprimir o boletim de acidente;
2. Em caso de dúvidas ou solicitações, enviar e-mail para o NRPA do seu Estado (verificar lista abaixo), informando o número do protocolo constante no verso deste comprovante.

27 DEZ. 2018

03/10/2018

SEI/PRF - 14795771 - Recibo de Protocolo



MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL EM RORAIMA

RECIBO DE PROTOCOLO

Unidade:	PROTOCOLO-SRPRF-RR	Nº do Processo:	08676.002105/2018-08	Data:	03/10/2018
Interessados:	JOSÉ ANTONIO DE JESUS SILVA(28224189856)				

INSTRUÇÕES AO REQUERENTE

1) Nos termos do Decreto 8.539, de 8 de outubro de 2015:

- Será fornecido recibo eletrônico ao(s) interessado(s) (artigo 7º);
- Os documentos em papel recebidos que sejam cópias autenticadas administrativamente ou cópias simples poderão ser descartados após realizada a sua digitalização (artigo 12);
- A administração poderá exigir, a seu critério, até que decaia o seu direito de rever os atos praticados no processo (5 anos), a exibição do original de documento digitalizado no âmbito dos órgãos ou das entidades ou enviado eletronicamente pelo interessado. (artigo 14, c/c Art. 54 da Lei 9.784);
- O teor e a integridade dos documentos digitalizados são de responsabilidade do interessado, que responderá nos termos da legislação civil, penal e administrativa por eventuais fraudes. (§ 1º do artigo 11).

2) Este recibo eletrônico goza de GRATUIDADE nos termos do Inciso V, do artigo 1º da Lei 9.265, de 12 de fevereiro de 1996.

3) Nos termos do artigo 69-A da Lei 9.784, de 29 de janeiro de 1999, terão prioridade na tramitação, em qualquer órgão ou instância, os procedimentos administrativos em que figure como parte ou interessado:

- pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos;
- pessoa portadora de deficiência, física ou mental; e
- pessoa portadora de tuberculose ativa, esclerose múltipla, neoplasia maligna, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, hepatopatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome de imunodeficiência adquirida, ou outra doença grave, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída após o início do processo.

Observação: A pessoa interessada na obtenção de prioridade deverá juntar prova de sua condição e deverá requerê-lo à autoridade administrativa competente, que determinará as providências a serem cumpridas.



Documento assinado eletronicamente por **ADRIANE LIMA MONAI MONTESSI, Estagiário(a)**, em 03/10/2018, às 10:54, horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 10, § 2º, da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015, e no art. 42 da Instrução Normativa nº 116/DG/PRF, de 16 de fevereiro de 2018.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

03/10/2018

SEI/PRF - 14795771 - Recibo de Protocolo



https://sei.prf.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **14795771** e o código CRC **8D8D89D2**.

Referência: Processo nº 08676.002105/2018-08

SEI nº 14795771

Eu Wellington Nascimento dos Santos,
declaro para devidos fins, que José Antônio
J. Silva, que estava no Acidente de
Carro, que Ocorreu no dia 18/08/2018
na br 174, às 15.35 hr..

O mesmo foi socorrido por popula-
res que passavam no local.

Ass. Wellington

Boa Vista: 30/10/2018

27 DEC. 2018

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

Rosália Gomes da Silva
Aux. Serv. Saúde

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 14:00 h)

Causes for car sickness: Central P. & brain vessel cause of NAUSEA.

Exame Físico

Det. Dr. M. M. M. M. M.

Hipótese Diagnóstica

Politeness

SADT - Exames Complementares

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

PREScrição	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
7/10/90 - J. B.		
Prescrita de J.B.		
J.B.		
		HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE BOBALLEIA AV. GERAL FERNANDES S/Nº NOVO PIRATUNGA RJ TEL.: 86-201-0620
		2 SET 2018

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para: UIC

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
 Data e Hora da Saída/Alta: 11/11/2017 14:00

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Lugar e Assinatura do Médico

Impresso por: josiel.rosas
Data Hora: 18/08/2018 15:55:42



27 DEZ. 2018

* Autopista. Dr. Paracot

Tuoma outua opai copotunt. a como.

Apresenta Es de micopata.

CD. Sarcit TC

For 5 por sublado de

For 5 por sublado de

For 5 por sublado de



27 DEZ. 2018

Bloco F1 II (01)



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DM

PACIENTE José ANTONIO DE J. SILVA

EXAME FÍSICO

ALLERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

LEITO

01

DATA

19/08/2018

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

DIETA ORAL LIVRE

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

CEFALOTINA 1G EV 6/6H

TILATIL 20MG EV 12/12H

DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN

TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

SSVV + CCGG 6/6 H

CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG

CURATIVO DIÁRIO

**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:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

S. S. TAIS	TA	FC	PA	Tem. Embragem
14	150x90	96	30	36.7
18	199x134	64	738x43	36.2
18			214x36	72
24	117x11	72		36.3

Josilene S. Galvão
Téc. Embragem
COREN-RR 806.332

MEDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

SHU AS 12:30
Anamnese 199x135
FC=72.

27 DEZ. 2018

João Antonio de Jesus SM OK

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	<i>João Antonio de Jesus SM</i>				
AGNÓSTICO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO		DATA	18/08/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5ND
2	SF0,9% 500ML 1XD				20
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				08:16
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				08:16
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				08:16
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				08:16
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				08:16
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				08:16
10	CURATIVO DIÁRIO				08:16
11	SSVV + CCGG 6/6 H				08:16
12	CEFALOTINA 1 G DE 6/6 HR <i>(Simples)</i>				08:16
13					
14					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MÉDICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					

01 A/P em MSD, diurese (+), aceita dieta

Bloco-F

Regulado para leito

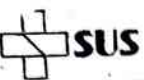
F-03

27 DEZ. 2018

(S/N) 10 CURATIVO
DIÁRIO 11 SSVV +
CCGG 6/6 H 12
CEFALOTINA 1 G DE 6/6
HR 13 14 Bitmap
16 EVOLUÇÃO
MÉDICA: SINAIS VITAIS PA
FC FR TEMP Bitmap 6
H 12 H 18 H 24
H ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

F

Alta 23103

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				4 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE							
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO		9 - SEXO	
5 - NOME DO PACIENTE				8 - DATA DE NASCIMENTO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				11 - TELEFONE DE CONTATO			
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		15 - UF	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO		16 - CEP	
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							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA							
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO							
28 - DOCUMENTO							
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE							
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - ACIDENTE DE TRABALHO							
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO							
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO							
36 - CNPJ DA SEGURADORA							
37 - N° DO BILHETE							
38 - SÉRIE							
39 - CHAE DA EMPRESA							
40 - CBOR							
41 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA							
42 - EMPREGADOR							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR							
45 - DOCUMENTO							
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							
49 - H. DAS AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							

27 DEZ. 2018

Cirurgia: 36: 20 22/08/18 U03-2

FOL



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOSE ANTONIO DE J. SILVA				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	OL	DATA	21/08/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SMD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manten
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12 18 24
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				12 18 24
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN				SV
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SV
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SV
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SV
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SV
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SV
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SV
14	CURATIVO DIARIO				curativo
15					
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:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

15.6.18? P = 155 x 114
P = 68.
T = 36°C
FR = 18

401-2
Regulado
para leito

SINAIS VITAIS	PA	FC	TA	CE
6 H				
12 H	146/100	71 bpm	36.5°C	19
18 H	150 x 100	59	-	19
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

27 DEZ. 2018



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F

Bloco: F	Data: 21/08/2018	Enfermaria:	Leito: 01
Nome Completo: João Antonio de Jesus Silva	Idade:	Sexo: () F (X) M	
Procedência:	Hipótese Diagnóstica: Fr de Locomo		
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não	() Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos		
Alergia: () Sim () Não	Qual (is):		
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não	Qual idioma:		
Possui acompanhante: () Sim () Não	Obs:		
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante			

SISTEMA NEURÓLOGO ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Sedado ☐ Torposo ☐ Comatoso ☐ Agitado ☐ Reage a estímulos ☐ Não reage		SISTEMA CARDIOVASCULAR ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico BC: _____ ☐ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso PA: _____ ☐ Pulso Cheio ☐ Filiforme ☐ Arritmico Pulso: _____	
PUPILAS ☒ Fotorreagente ☐ Mióticas ☐ Midríaticas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reagentes		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL ☐ VO ☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE ☐ GTT ☐ NPT Aceitação da dieta: ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcial Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Colostomia ☐ Normal ☐ Diarreia ☐ Constipação ☐ Melena Flatos: ☐ Presente ☐ Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA ☒ Afebril ☐ Hipotérmico ☐ Hipertérmico ☐ Febril ☐ Febre ☐ Pirexia ☐ Hiperpirexia		REGULAÇÃO ABDOMINAL ☐ Normotenso ☐ Distendido ☐ Globoso ☐ Flácido ☐ Ascítico ☐ Maciço ☐ Timpânico Ruidos Hidroaéreos: ☐ Presente ☐ Ausente Visceromegalias: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ Sim ☐ Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELE ☒ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada ☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Hipercoreada ☐ Anictérica ☐ Ictérica ☐ Cianótica ☐ Acianótica ☐ Edema Local: _____ Úlcera por pressão: ☐ Sim ☐ Não Região: _____ Curativo realizado: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ SIM ☐ NÃO		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ Anúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ Disúria ☐ Colúria ☐ Hematúria ☐ Cistostomia ☐ Irrigação contínua ☐ Uropen	
SISTEMA RESPIRATÓRIO ☐ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ Ar ambiente ☐ Traqueostomia Oxigenoterapia ☐ Sim ☐ Não Qual: _____			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: ☐ Sim ☐ Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☐ Não Sondas: ☐ Sim ☐ Não ☐ SNG ☐ SOG ☐ SNE ☐ SOE ☐ GTT ☐ Lavagem ☐ Sifonagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: ☐ Sim ☐ Não Data da Instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: ☐ Sim ☐ Não Tipo: _____ Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
☐ Deglutição ☐ Risco de nutrição desequilibrada ☐ Risco de glicemia instável ☐ Risco de desequilíbrio do volume de líquidos ☐ Volume de líquidos excessivo ☐ Volume de líquidos deficiente ☐ Eliminação urinária prejudicada ☐ Risco de constipação ☐ Diarreia ☐ Incontinência intestinal ☐ Padrão de sono prejudicado ☐ Mobilidade física prejudicada ☐ Integridade da pele prejudicada ☐ Risco de integridade da pele prejudicada ☐ Conforto prejudicado		☐ Padrão respiratório ineficaz ☐ Déficit no autocuidado para alimentação ☐ Déficit no autocuidado para banho/higiene ☐ Conhecimento deficiente ☐ Comunicação verbal prejudicada ☐ Risco de dignidade humana comprometida ☐ Processos familiares disfuncionais ☐ Risco de quedas ☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ☐ Dor aguda ☐ Dor crônica ☐ Náusea ☐ Risco de broncoaspiração ☐ Risco de infecção ☐ Ventilação espontânea prejudicada	

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- () Orientar presença de acompanhante
- () Proporcionar ambiente tranquilo, limpo e arejado
- () Aferir e registrar os sinais vitais
- () Administrar medicações prescritas
- () Estimular, auxiliar e supervisionar deambulação
- () Manter cabeça elevada
- () Verificar saturação de O₂
- () Observar e anotar características da dor
- () Aplicar compressas () frias () mornas
- () Realizar mudança de decúbito de ___ em ___ h
- () Observar e anotar edemas
- () Observar e anotar estado de consciência
- () Observar integridade da pele
- () Verificar temperatura axilar
- () Observar e anotar padrão respiratório
- () Observar sinais de clonose
- Manter cabeça elevada a ___ graus.
- Verificar e registrar glicemia ___ / ___ h
- Observar presença de globo vesical:
- Observar e anotar quantidade e aspecto da diurese
- Observar e anotar quantidade e aspecto das fezes
- Realizar Banho 1 a 2 dia e SN () feito () aspersão
- Remover sutura em
- Realizar AVP

PERÍODO MATUTINO

Lok, BEG, sem greixos no momento segue sob cuidados de enfermagem.

Luciana Lorine M. Andrade
Enfermeira
COREN-RR 139237

PERÍODO VESPERTINO

At 5:25, power to the no lights
before power on, power
needs; after, power out
lights off, power on
At 5:30, power on
For 5:30, power on

ASS:

PERÍODO NOTURNO

ASS:

PERÍODO MATUTINO

[illegible]

Denilson Carlos T. Melro
rec. Enfermagem
OREN-RB.297.89

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

Realizado a pedido
do do povo e a
do do SSV confer-
me a situação.

ASS: HC - Hamilton
excess 726:76

PERÍODO NOTURNO

Elisabete Gomes da Silva
Téc. Enfermagem
CORENAR 650.492 TE

Ass:



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



401
2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	18/08/2018	DIH		DN	02/11/1969
PACIENTE	JOSE ANTONIO DE JESUS SILVA				
AGNÓSTICO	FRATURA DE CLAVICULA				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	48	LEITO	401-2	DATA	22/08/2018
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	CURATIVO DIÁRIO				
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					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	150x90	71	20	36,7
18 H	140x90	86	21	36,6
24 H	149x101	56	20	36,20

Dr. Odinaçhi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

13 de 19h, Admin. medicação
de heparina + SSVV

6h-8h = 147x96
P=62
R=18

Ana Maria S. Macedo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 090.411.034

19 de 19h Admin. medicação
ap. medicação CPM e
Apêndio SSVV
27 DEZ. 2018

Luzinete Alves Gomes
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 907.577-TEC



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
Serviço de Ortopedia e Traumatologia



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	18/08/2018	DIH	DN	02/11/1969
PACIENTE	JOSE ANTONIO DE JESUS SILVA			
AGNÓSTICO	FRATURA DE CLAVICULA			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	48	LEITO	401-2	DATA 23/08/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	AVP			
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N			
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O			
14	SSVV + CCGG 6/6 H			
15	CURATIVO DIÁRIO			
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			

Horário
Sv
manhã
12:00
2400
M

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

27 SET 2018

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	120/70	60	18	36,1
18 H				
24 H				

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e Traumatologia

27 DEZ. 2018



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F

Bloco: <u>2</u>	Data: <u>20.12.18</u>	Enfermaria: <u>401</u>	Leito: <u>02</u>
Nome Completo: <u>João Carlos de Jesus</u>	Idade: <u>48</u>	Sexo: <u>() F (X) M</u>	
Procedência: _____	Hipótese Diagnóstica: _____		
Isolamento ou Precaução: <u>() Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos</u>			
Alergia: <u>() Sim () Não</u>	Qual (is): _____		
Necessidade de intérprete? <u>() Sim () Não</u>	Qual idioma: _____		
Possui acompanhante: <u>() Sim () Não</u>	Obs: _____		
Deambulação: <u>(X) Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante ()</u>			

SISTEMA NEURÓLOGO ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Sedado ☐ Torpido ☐ Comatoso ☐ Agitado ☐ Reage a estímulos ☐ Não reage		SISTEMA CARDIOVASCULAR ☒ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico BC: _____ ☒ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso PA: _____ ☒ Pulso Cheio ☐ Filiforme ☐ Arritmico Pulso: _____	
PUPILAS ☒ Fotorreagente ☐ Mióticas ☐ Midriáticas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reagentes		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL ☒ VO ☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE ☐ GTT ☐ NPT Aceitação da dieta: ☒ Sim ☐ Não ☐ Parcial Evacuações: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Colostomia ☒ Normal ☐ Diarreia ☐ Constipação ☐ Melena Flatos: ☒ Presente ☐ Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA ☒ Afebril ☐ Hipotérmico ☐ Hipertérmico ☐ Febril ☐ Febre ☐ Pirexia ☐ Hiperpirexia		REGULAÇÃO ABDOMINAL ☒ Normotenso ☐ Distendido ☐ Globoso ☐ Flácido ☐ Ascítico ☐ Maciço ☐ Timpânico Ruídos Hidroaéreos: ☒ Presente ☐ Ausente Visceromegalias: ☐ Sim ☒ Não FO: ☐ Sim ☐ Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELE ☒ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada ☐ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Hipercoreada ☒ Anictérica ☐ Ictérica ☐ Cianótica ☒ Acianótica ☐ Edema Local: _____ Úlcera por pressão: ☐ Sim ☒ Não Região: _____ Curativo realizado: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ SIM ☐ NÃO		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE ☒ Espontânea ☐ SVD ☐ Anúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ Disúria ☐ Colúria ☐ Hematúria ☐ Cistostomia ☐ Irrigação contínua ☐ Uropen	
SISTEMA RESPIRATÓRIO ☒ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☒ Ar ambiente ☐ Traqueostomia Oxigenoterapia ☐ Sim ☒ Não Qual: _____			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: ☒ Sim ☐ Não Local: <u>braço E</u> Data: <u>21/10/18</u> Trocar em: _____ Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☐ Não Sondas: ☐ Sim ☒ Não ☐ SNG ☐ SOG ☐ SNE ☐ SOE ☐ GTT ☐ Lavagem ☐ Sifonagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: ☐ Sim ☒ Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: ☐ Sim ☐ Não Tipo: _____ Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
☐ Deglutição ☐ Risco de nutrição desequilibrada ☐ Risco de glicemia instável ☐ Risco de desequilíbrio do volume de líquidos ☐ Volume de líquidos excessivo ☐ Volume de líquidos deficiente ☐ Eliminação urinária prejudicada ☐ Risco de constipação ☐ Diarreia ☐ Incontinência intestinal ☐ Risco de sono prejudicado ☐ Mobilidade física prejudicada ☐ Integridade da pele prejudicada ☐ Risco de integridade da pele prejudicada ☐ Conforto prejudicado		☐ Padrão respiratório ineficaz ☐ Déficit no autocuidado para alimentação ☐ Déficit no autocuidado para banho/higiene ☐ Conhecimento deficiente ☐ Comunicação verbal prejudicada ☐ Risco de dignidade humana comprometida ☐ Processos familiares disfuncionais ☐ Risco de quedas ☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ☐ Dor aguda ☐ Dor crônica ☐ Náusea ☐ Risco de broncoaspiração ☐ Risco de infecção ☐ Ventilação espontânea prejudicada	

27 DEZ. 2018

ANOVAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PERÍODO NOTURNO

ASS:

401-2

Ortopedia

PEDIDO DE PARECER

DE: *Ortopedia*

Jose Antonio De Jesus
49^a REGISTRO: _____

DI: *17* ENFERMARIA: _____ LEITO: *401-2*

EMERGÊNCIA: _____

Ortopedia PARA: *Endoscopia*

s Clínicos:

*Paciente de 49 anos de idade,
queixas de dor no membro superior direito
há alguns meses, piorando nos últimos
dias. Sem trauma recente.*

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1661/RR

23/08/18
Data

Médico

23/08/2018 *Dr. Odemir*

ECC: Normal

*Rx do braço: sem alterações evidentes.
Sem sinais de fratura.*

PA: 145 x 55 mmHg

Exame físico: sem alterações locais.

*AO: 22 to. 6.5 tola. 0.1 tola, com fratura
AO no proximal com fratura de linha
Exatidão de - Impulsão - fratura de 1/2*

1/1
Data

U125

Médico

27 DEZ. 2018

Conclusion

concrete work

Q. 2. What is the difference between a strong and a weak acid?

2. Dissolva 5g de Acetato de Sódio em 100 ml de água.
A solução contém 10% de acetato de sódio.



27 DEZ. 2018



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F

Bloco: **F** Data: **19/08/18** Enfermaria: _____ Leito: **01**
 Nome Completo: **José Antonio de Jesus Silva** Idade: _____ Sexo: **M**
 Procedência: **GT** Hipótese Diagnóstica: **Fratura de Escápula**
 Isolamento ou Precaução: () Sim (☒) Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos
 Alergia: () Sim () Não Qual (is): _____ Qual idioma: _____
 Necessidade de intérprete? () Sim () Não
 Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____
 Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante

SISTEMA NEURÓLOGO () Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torposo () Comatoso () Agitado () Reage a estímulos () Não reage			SISTEMA CARDIOVASCULAR () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____ () Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____ () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso: _____		
PUPILAS () Fotorreagente () Mióticas () Midriática () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia () Normal () Diarreia () Constipação () Melenas Flatos: () Presente () Ausente		
REGULAÇÃO TÉRMICA () Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico () Febril () Febre () Pirexia () Hiperpirexia			REGULAÇÃO ABDOMINAL () Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido () Ascítico () Maciço () Timpânico Ruídos hidroaéreos: () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não		
CARACTERÍSTICAS DA PELE () Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Hipocorada () Hipercoreada () Anictérica () Ictérica () Cianótica () Acianótica () Edema Local: _____ Úlcera por pressão: () Sim () Não Região: _____ Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE () Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria () Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen		
SISTEMA RESPIRATÓRIO () Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____					
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem Asas: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem Local de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: () Sim () Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: () Sim () Não Tipo: _____ Local: _____					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM () Deglutição () Padrão respiratório ineficaz () _____ () Risco de nutrição desequilibrada () Déficit no autocuidado para alimentação () _____ () Risco de glicemia instável () Déficit no autocuidado para banho/higiene () _____ () Risco de desequilíbrio do volume de líquidos () Conhecimento deficiente () _____ () Volume de líquidos excessivo () Comunicação verbal prejudicada () _____ () Volume de líquidos deficiente () Risco de dignidade humana comprometida () _____ () Eliminação urinária prejudicada () Processos familiares disfuncionais () _____ () Risco de constipação () Risco de quedas () _____ () Diarreia () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () _____ () Incontinência intestinal () Dor aguda () _____ () Déficit de sono prejudicado () Dor crônica () _____ () Integridade física prejudicada () Náuseas () _____ () Risco de integridade da pele prejudicada () Risco de broncoaspiração () _____ () Conforto prejudicado () Risco de infecção () _____ () Ventilação espontânea prejudicada () _____					

27 DEZ. 2018

Brow LT 01

F01

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <u>JOSE ANTONIO DE J. SILVA</u>					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA <u>20/8/18</u>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Antes
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12h
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				12h
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SV
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SV
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SV
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SV
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Retorno
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SV 22h
14	CURATIVO DIARIO				curativo
15					
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				

OLUÇÃO MÉDICA:

NIR
Regulado
para leito
120-5
Regulação Interna

Andréa Ferreira Santos
Técnica Enfermagem
COREN 555550/RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	
6 H	110/70	77	36,5	
12 H	110/70	92	37,0	
18 H				
24 H	110/70	62	36,7	20

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

16-30
160/110
FC 75
TX 360
Fernando Gonçalves Barbosa
Técnico de Enfermagem
COREN RR 55555

18:17 pontos no exame físico
pressão arterial e SSVV
foto captação
18-30-300
Fernando Gonçalves Barbosa
Técnico de Enfermagem
27 DEZ. 2018



Bloco:	Data: 20/08/2016	Enfermaria:	Leito: 701
Nome Completo: Talcir Antonio de Jesus Silva	Idade:	Sexo:	() F (x) M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica: Fratura de Escápula		
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não	() Padrão	() Contato	() Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos
Alergia: () Sim () Não	Qual (is):		
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não	Qual idioma:		
Possui acompanhante: () Sim () Não	Obs:		
Deambulação: () Normal () Sem deambulação	() Acamado	() Cadeira de rodas	() Fraca () Comprometida/cambaleante

SISTEMA NEURÓLOGO				SISTEMA CARDIOVASCULAR			
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico	BC: _____	
() Sedado	() Torposo	() Comatoso	() Normotenso	() Hipotenso	() Hipertenso	PA: _____	
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Filiforme	() Arritmico	Pulso: _____	
PUPILAS				ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			
() Fotorreagente	() Mióticas	() Midriática	() VO	() SNG/SOG	() SNE/SOE	() GTT	() NPT
() Isocóricas	() Anisocóricas	() Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial				
REGULAÇÃO TÉRMICA			Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia				
			() Normal () Diarreia () Constipação () Melena				
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	Flatos: () Presente () Ausente				
() Febril	() Febre	() Pirexia	REGULAÇÃO ABDOMINAL				
() Hiperpirexia	CARACTERÍSTICAS DA PELE		() Normotenso	() Distendido	() Globoso	() Flácido	
() Hidratada			() Desidratada	() Ressecada	() Ascítico	() Maciço	() Timpânico
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente		Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não		
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	Cistostomia				
() Acianótica	() Edema Local: _____		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE				
Úlcera por pressão: () Sim () Não			() Espontânea	() SVD	() Anúria	() Oligúria	
Região: _____			() Poliúria	() Disúria	() Colúria	() Hematúria	
Curativo realizado: () Sim () Não	FO: () SIM () NÃO		() Cistostomia	() Irrigação contínua	() Uropen		
SISTEMA RESPIRATÓRIO							
() Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	() Dispneico	() Ar ambiente	() Traqueostomia		
Oxigenoterapia	() Sim () Não	Qual: _____					
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES							
Cateter Periférico: () Sim () Não	Local: _____	Data: _____	Trocar em: _____				
Cateter Central: () Sim () Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocar em: _____				
Sinais de Infecção no sítio da punção:	() Sim () Não						
Tipos: () Sim () Não () SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem	() Sifonagem				
Local de: _____	Aspecto da secreção: _____	Quantidade: _____					
Cateter Vesical: () Sim () Não	Data da Instalação: _____	Trocar em: _____					
Prótese: () Sim () Não	Tipo: _____	Local: _____					

DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM		
() Deglutição	() Padrão respiratório ineficaz	()
() Risco de nutrição desequilibrada	() Déficit no autocuidado para alimentação	()
() Risco de glicemia instável	() Déficit no autocuidado para banho/higiene	()
() Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	() Conhecimento deficiente	()
() Volume de líquidos excessivo	() Comunicação verbal prejudicada	()
() Volume de líquidos deficiente	() Risco de dignidade humana comprometida	()
() Eliminação urinária prejudicada	() Processos familiares disfuncionais	()
() Risco de constipação	() Risco de quedas	()
() Inalação	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	()
() Inalação de ar insuflado	() Dor aguda	()
() Inalação de ar prejudicada	() Dor crônica	()
() Integridade física prejudicada	() Náusea	()
() Integridade da pele prejudicada	() Risco de hipoventilação	()
() Risco de integridade da pele prejudicada	() Risco de infecção	()
() Conforto prejudicado	() Ventilação espontânea prejudicada	()

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

CTR. JOSEMAR

PERÍODO NOTURNO

Luciano Fortes M. Andrade
Enfermeira
ASS: COREN-PR 139237

PERÍODO NOTURNO

ASS:

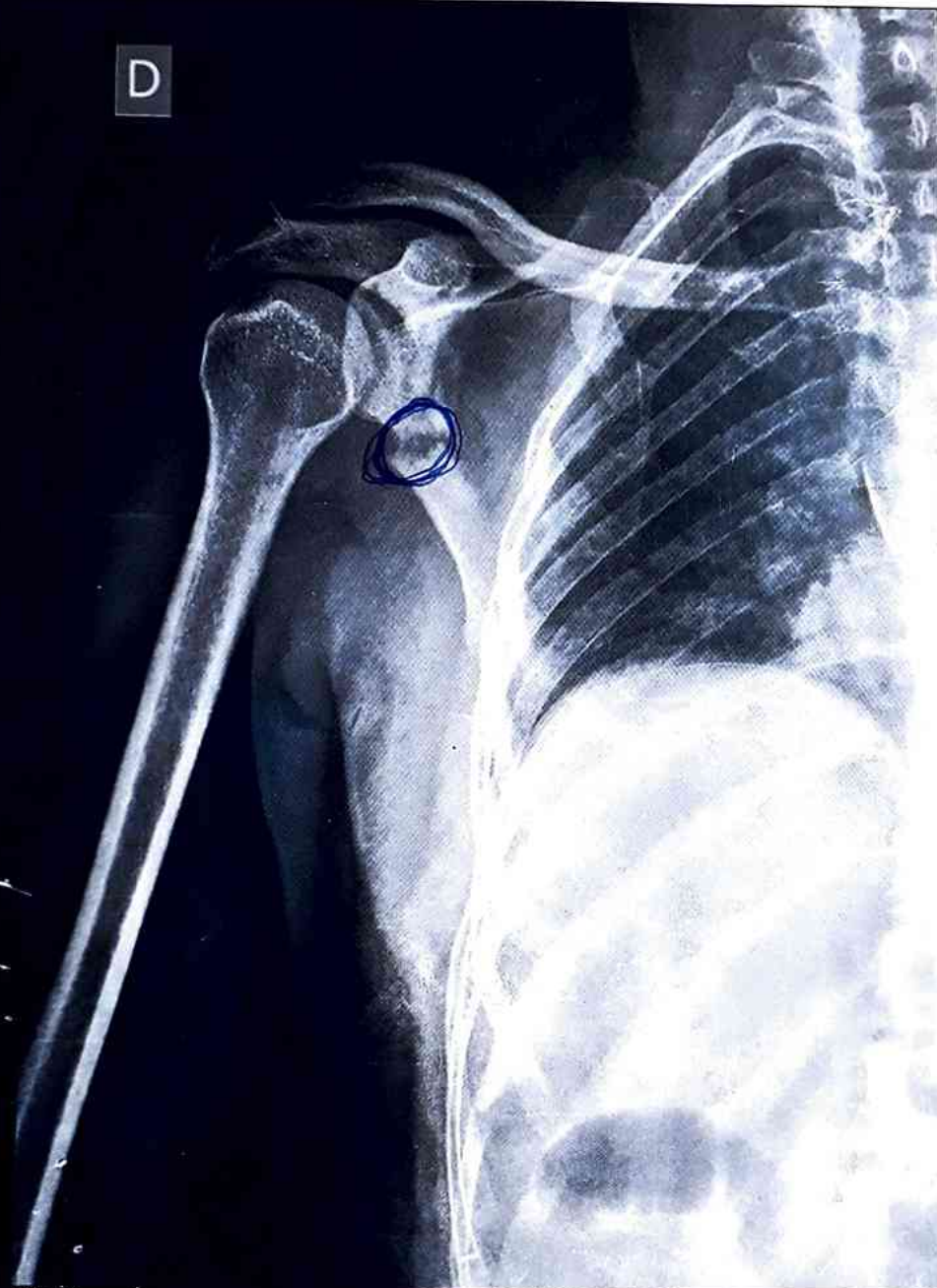
PERIODO NOTURNO

PERIODO NOTURNO

20-20 Almid. 33v. pda pmeantel
B. p. l. v. ad m. n. d. e.
R. p. m. p. m. p. m. m. d. e.
A. l. b. - (N. 2)



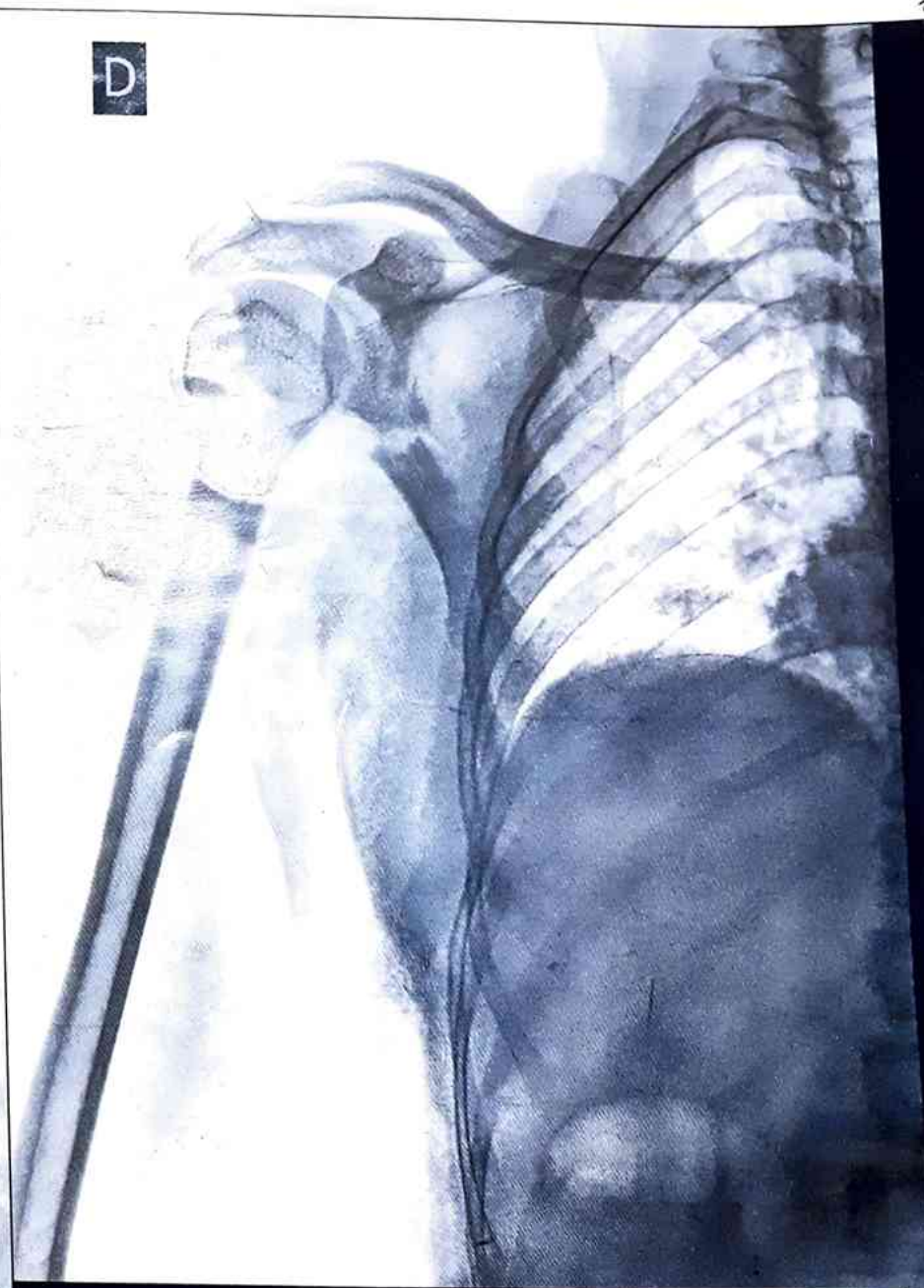
D



49,7%

18/8/2018 16:14:53

D



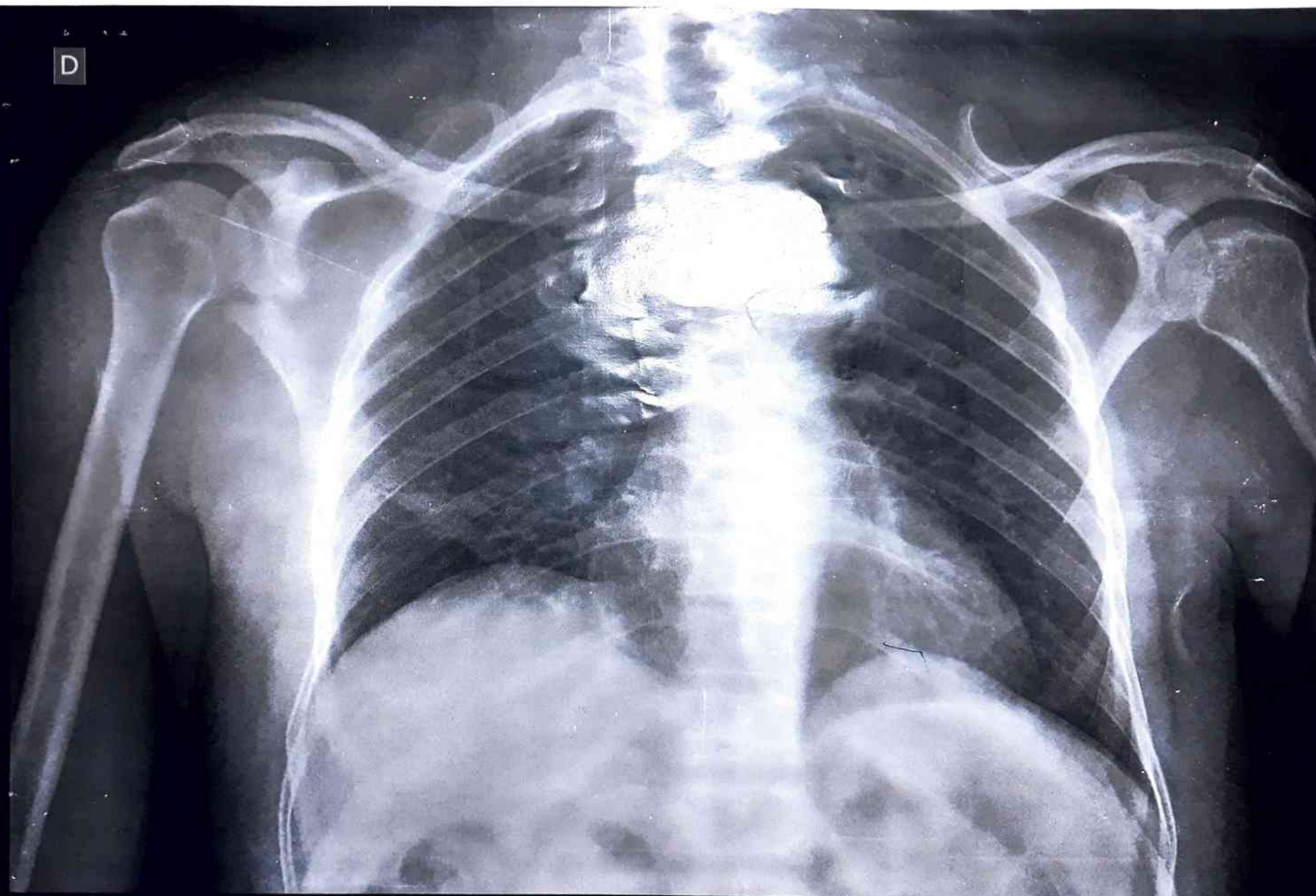
49,7%

18/8/2018 16:14:53

JOSE ANTONIO DE JESUS SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

DR. JOSEMAR



JOSE ANTONIO DE JESUS

HGR/BLC. D 401-02

22/8/2018 07:17:11

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

57,5 %

401-2



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Jose Antonio De Jesus Silva, 48 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 15 / 08 / 18, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de Escápula

NO DIA / / , FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
_____ SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 23 / 08 / 18, ÀS 12,00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 26 / 09 / 18, ÀS 7,30h, COM O
DR. Paracat

tratamento conservador (Tpsia americana)

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. Vitor P.

BOA VISTA, 23 / 08 / 18

27 DEZ. 2018

Dr. Odinachi Okemir
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1881/RR

MÉDICO



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	282.241.898-56	Jose Antonio de Jesus Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Profissão:	CPF:
Jose Antonio de Jesus Silva		282.241.898-56
Endereço:	Bairro:	Número:
Av. Jardim	Cidade:	4005
	Boa Vista	Complemento:
		B15, A202
Estado:	CEP:	
RR	69.317-529	
E-mail:	Tel.(DDD):	
ilcarr@hotmail.com	(95) 98125-9538	

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3588 CONTA: 5260 2

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

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não
	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.

Local e Data: Boa Vista - RR 30/12/2018

Nome: Jose Antonio de Jesus Silva

CPF: 282.241.898-56

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOSE ANTONIO DE JESUS SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

282.243.898-56

Nome completo da vítima

Jose Antonio de Jesus Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Endereço

Bairro

E-mail

Jose Antonio de Jesus Silva

CPF titular da conta

282.243.898-56

Profissão

Complemento

CEP

Cidade

Número

Estado

Telefone (DDD)

(45) 94325-9538

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

de de
Local e Data

Jose Antonio de Jesus Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190002673

Vítima: JOSE ANTONIO DE JESUS SILVA

Data do Acidente: 18/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE ANTONIO DE JESUS SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

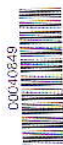
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01697/01698 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13783349



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

José Antônio de Jesus Silva

CPF da Vítima

282.241.898-56

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

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

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

_____ de _____ de _____
Local e Data

X JOSÉ ANTONIO DE JESUS SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
R. Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

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 bço					



[Home](#) | [Cálculos](#) | [Séries históricas](#) | [Câmbio/Moedas](#) | [Data/hora](#) |
[Conversores](#) | [Artigos](#) | [Institucional](#) |

Cálculos Financeiros

Atualização monetária

Cálculos de juros
Planilha de débitos
Planilha de reajuste de
aluguéis e valores
Planilha comparativa
de reajustes

Cálculos Judiciais

Planilha de débitos
judiciais
Planilha de
desapropriações

Financiamento

Série de pagamentos
Planilha-Sistemas
PRICE e SAC
Habitacional CEF
(Price/SAC/SACRE)

Cálculo de atualização monetária

[Voltar](#) [Versão para Impressão](#)



**O valor informado foi corrigido para o dia
1/2/2019, pois não existe índice cadastrado
para a data final informada.**

Dados básicos informados para cálculo	
Descrição do cálculo	
Valor Nominal	R\$ 1.687,50
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	18/8/2018 a 1/2/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	18/8/2018 a 19/2/2019

Dados calculados		
Fator de correção do período	167 dias	1,010618
Percentual correspondente	167 dias	1,061795 %
Valor corrigido para 1/2/2019	(=)	R\$ 1.705,42
Juros(185 dias-6,32820%)	(+)	R\$ 107,92
Sub Total	(=)	R\$ 1.813,34
Valor total	(=)	R\$ 1.813,34

Memória analítica do cálculo			
Valor inicial	1.687,50		
Data inicial	18/8/2018		
Data final	1/2/2019		
Periodicidade	Mensal		
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.		
Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
18/8/2018	1/9/2018	0,0587 (%)	1.688,49
1/9/2018	1/10/2018	0,0900 (%)	1.690,01
1/10/2018	1/11/2018	0,5800 (%)	1.699,81
1/11/2018	1/12/2018	0,1900 (%)	1.703,04
1/12/2018	1/1/2019	-0,1600 (%)	1.700,32
1/1/2019	1/2/2019	0,3000 (%)	1.705,42
Acréscimos de juro, multa e honorários			
Juros(185 dias-6,32820%)	(+)	R\$ 107,92	
Sub Total	(=)	R\$ 1.813,34	
Valor total	(=)	R\$ 1.813,34	

DrCalc / EasyCalc- Cálculos financeiros e judiciais pela web

<http://drcalc.net/correcao2.asp?descricao=&valor=1687%2C50...>


Publicidade


Quem somos Contato Termos de Uso

Nossos serviços são públicos e gratuitos.

Esclarecemos que nossos recursos se destinam a auxiliar o usuário na elaboração dos diversos cálculos aqui disponibilizados, que não devem prescindir de um profissional capacitado.

Apesar dos cuidados na coleta e manuseio, o DrCalc.net não se responsabiliza pelas informações e cálculos aqui disponibilizados, eximindo-se de quaisquer perdas, danos (direitos, indiretos ou incidentais), custos e lucros cessantes.

DrCalc.net / DrCalc.net.br - Todos os direitos reservados