



Abhner Santos  
Advocacia e Consultoria

### PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, WELLEN MARCIO M. CIRQUEIRA PROFISSÃO: ESTUDANTE  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO, FONE: 3131-1887,  
E-MAIL: marcio.wellen.marcio@gmail.com RG: 358059  
SSP- RJ e CPF: 970.283.572-31, RESIDENTE A  
RUA: SÃO MATRUS N° 131,  
BAIRRO: CINTURÃO VERDE, representando o  
menor: \_\_\_\_\_ 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, 03 de MARÇO de 2019.

Wellen Marcio Medeiros Cirqueira

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](mailto:adv.abhner@hotmail.com) Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: WELLEN MARCELO MATEUS CARQUEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO: ESTUDANTE  
RG N° 358059 SSP/ RR CPF: 020.283.572-31  
ENDEREÇO: RUA SAO MATEUS 131 CINTURAO VERDE

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, 03 de MARÇO de 2019.

\* Wellen Marcelo Medeiros Carqueira



8121-3

2.414-7

paupanca







## SUBSTABELECIMENTO

Eu, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o n.º 1018-N, substabeleço a **ANDRÉ CARLOS ISRAEL**, advogado inscrito na OAB/RR sob o n.º 2045-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, n.º. 1718, Bairro Mecejana, CEP n.º. 69.304-010, situado no Município de Boa Vista/RR, os poderes que me foram outorgados por **WELLEN MÁRCIO MEDEIROS CIRQUEIRA**, brasileiro, solteiro, estudante, portador do RG n.º. 358.059, SSP/RR, inscrito no CPF/MF sob o n.º. 020.283.572-31, residente e domiciliado na Rua São Mateus, n.º. 131, CEP n.º. 69.312-371, Bairro Alvorada, situado no Município de Boa Vista/RR, portador do endereço eletrônico [medeiroswellenmarcio@gmail.com](mailto:medeiroswellenmarcio@gmail.com), e do telefone (95) 3131-1887.

Boa Vista/RR, 03 de março de 2019.



**ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**

Advogado OAB/RR n.º 1018-N



NA MINHA OI  
É TUDO MAIS FÁCIL.

ACESSE OI.COM.BR/MINHAOI  
E USE A INTERNET PARA:

- Fazer sua adesão à Conta Online
- Emitir 2ª via de conta
- Consultar o código de barras para pagamento
- Acompanhar o consumo
- Recarregar o Pré-pago
- Conferir seu saldo no Oi Pontos

ACESSE OI.COM.BR/MINHAOI E CADASTRE-SE.



CDD ASA BRANCA RR  
WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUERA  
S MATEUS 131  
CINTURAO VERDE  
69312-371 - BOA VISTA - RR



7213512820 27678 00004231089 30 0908 88



28 NOV. 2018

ANATEL - 1331

Serviço de Atendimento ao Consumidor:  
Fio ..... 003 31 para At. AM, AP, BA, CE, ES, MA, MG, PA, PB, PE, PI, RJ, RN, RR, SE  
Fio ..... 003 14 para At. AC, DF, GO, MS, MT, PR, RS, SC e TO  
Fio ..... 005 31  
Fio ..... 014 do 1111-1057 de qualquer  
Empresas ..... 0800 031 0800  
Corporativa ..... 0800 031 8031

Serviço de Atendimento ao Consumidor:

- ☐ 01. MUDOU-SE
- ☐ 02. ENDEREÇO INSUFICIENTE
- ☐ 03. NÃO EXISTE Nº INDICADO
- ☐ 04. FALCIDO
- ☐ 05. DESCONHECIDO
- ☐ 06. RECUSADO
- ☐ 07. AUSENTE
- ☐ 08. NÃO PROCURADO
- ☐ 09. OBJETO DANIFICADO
- ☐ 10. END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE
- ☐ 11. FALTA COMPLEMENTO (COLETIV./GU)
- ☐ 12. CAIXA POSTAL CANCELADA
- ☐ 13. RECUSADO

MATRÍCULA
RUBRICA DO RESPONSÁVEL
REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM: / /



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 043215/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2018 21:58

Data/Hora Fim: 27/11/2018 22:04

Delegado de Polícia: Eliane Gonçalves

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 22/07/2018 21:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Alvorada

Logradouro: ATAIDE TEVE / S 4

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

Meio(s) Empregado(s)

1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA (VITIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 15/07/1995

Profissão: Desempregado

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Eliane da Silva Medeiros

Nome do Pai: Jose Araujo Cirqueira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 3580598

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 020.283.572-31

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua são mateus

Bairro: cinturão verde

Telefone: (95) 99131-1887 (Celular)

Nº: 131

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAN7704

Número do Chassi \*\*\*\*\*06098

Ano/Modelo Fabricação 2011/2011

Cor Vermelha

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD

Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD

Veículo Adudderado? Não

Quantidade 1 Unidade

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 043215/2018

Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Wellen Marcio Medeiros Cirqueira	Possuidor

### RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que trafegava conduzindo a motocicleta HONDA TITAN 150 MIX, de placa NAN7704, quando colidiu na traseira de um veículo GOL, de placa não identificada, de cor PRATA, e caiu ao chão, que sofreu lesões corporais, que foi removido pelo SAMU para o PSE/HGRR.

### ASSINATURAS

N/I *Jeovanildo Cardoso*

Jeovanildo Cardoso  
Responsável pelo Atendimento

*Wellen Marcio Medeiros Cirqueira*  
Wellen Marcio Medeiros Cirqueira  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(s) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que eu edgcm, conforme previsto nos Artigos 330-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA**  
**DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO**  
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 022/2019/DAT - Boa Vista - RR, em 08/01/2019.**

**COMUNICANTE: WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA**

**RG: 358059-8 EXP.: SSP/RR CPF: 020.283.572-31**

**ENDEREÇO: RUA SÃO MATEUS, Nº 131, BAIRRO CINTURÃO VERDE**

**CIDADE: BOA VISTA ESTADO: RR**

**SEXO: MASCULINO PROFISSÃO: ESTUDANTE**

**NATURALIDADE: BOA VISTA ESTADO: RR DATA DE NASCIMENTO: 15/07/1995**

**IDADE: 23 ANOS GRAU DE INST: ENSINO MEDIO COMPLETO**

**ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: 33131-1887 Nº REG. CNH: NÃO POSSUI**

**NOME DO PAI: JOSÉ ARAÚJO CIRQUEIRA**

**NOME DA MÃE: ELIENE DA SILVA MEDEIROS**

Senhor Delegado venho comunicar que por volta das 21h30min, 22/07/2018, na Avenida Ataíde Teive esquina com Avenida Nazaré Filgueiras, bairro Senador Hélio Campos, nesta capital.

O comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados conduzia a motocicleta HONDA CG 150TITAN ESD, cor vermelha, placa NAN7704, renavam 00322671094, chassi 9C2KC1650BR506098, de propriedade de ANDERSON RAFAEL DE MELO DUARTE; QUE vinha na Ataíde Teive em direção Centro; QUE estava parado no sinal; QUE o sinal abriu porém o veículo que estava parado, VW GOL, cor prata, na sua frente não andou; QUE todos os veículos começaram a andar menos o GOL; QUE, na creça que o GOL aceleraria, o comunicante acelerou e acabou colidindo na traseira do GOL; QUE, com o impacto, sofreu fratura do tendão da mão esquerda; QUE foi levado para o HGR pelo SAMU; QUE o veículo GOL permaneceu no local; QUE não se recorda da PM ter ido ao local; QUE o declarante pagou o prejuízo do condutor do GOL; QUE ficou internado no hospital por cerca de 20 dias entre internações diversas e cancelamento de cirurgias; QUE realizou cirurgia de religamento do tendão da mão esquerda; QUE este B.O. é para fins do seguro DPVAT.

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito Com Vítima.**

*Priscila Carneiro*  
**Priscila Carneiro**  
Agente de Polícia Civil  
Matrícula 042000912

**PRISCILA OSÓRIO CARNEIRO**

Agente de Polícia

*Wellen Marcio Medeiros Cirqueira*  
**WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA**

Comunicante

O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas é ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei agora, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro.

**DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO**  
Endereço: Av. Capitão Júlio Bezerra, 343 Centro  
Boa Vista - Roraima - Brasil



GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL  
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS  
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME:

Wesley Marcelo Medeiros  
Osteopata

Laudo

Paciente operado de  
Extensor do Pulso @  
Atualmente em cura  
Já se encontra  
usando 60 Dias

280818

DATA

Carlos Enrique La Rosa  
Médico  
CRM-RR 400  
Assinatura do Médico

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Rua Coronel Mota 636 - Centro - Boa Vista RR  
CEP: 69.301-160 - CNPJ 04.013.408/0001-00

Guia de Atendimento 02 ...

4

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

1800985133 22/07/2018 22:34:14

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente: WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA  
Data Nascimento: 15/07/1995 Idade: 23 A O M 7 D  
CPF: [ ] Prontuário: 19

Mãe: ELIANE DA SILVA MEDEIROS  
Endereço: RUA - ADAIL OLIVEIRA ROSA - 3411 - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: [ ] Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO  
Setor: GRANDE TRAUMA

Caráter do Atendimento: URGÊNCIA  
Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL

Profissão do Atend.: [ ] Procedência: [ ] Temp.: [ ] Peso: [ ] Pressão: [ ]

Procedimento Sol.: [ ] Registrado por: MARCIO SILVA

Quarta Principal: Acidente de moto.

Anamnese de Enfermagem: [ ] GSC: [ ] TOTAL: [ ]

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: [ ]): [ ]

Exame Físico: [ ]

Hipótese Diagnóstica: TRAUMA

SADT - Exames Complementares: [ ] RAIO-X [ ] ULTRA-SON [ ] TC [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] OUTROS: [ ]

PRESCRIÇÃO: [ ]

APRAZAMENTO: [ ] OBSERVAÇÃO: [ ]

Condição: [ ] Alta por Decisão Médica [ ] Alta a Pedido [ ] Alta a Revella [ ] Transferência para: [ ]

óbito: [ ] Ambulatório [ ] Observação (Até 24h) [ ] Internação [ ]

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: [ ] Carimbo e Assinatura do Médico: [ ]

Impresso por: marcio.silva  
Data Hora: 22/07/2018 22:35:16

1800985133



F *alta 25/07*

<b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		2 - CNES	
		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE <i>William Marco Medeiros C.</i>		8 - N° DO PRONTUÁRIO <i>166982</i>	
7 - CANTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		9 - SEXO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL <i>Elisângela da Silva Medeiros</i>		11 - TELEFONE DE CONTATO DDD    N° DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) <i>Rua Adail Oliveira Rosa 3411</i>			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Braúna</i>		14 - CÓD. DO MUNICÍPIO    15 - UF    16 - CEP	
		<i>22</i>	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
<i>Paciente com trauma devido a queda</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
<i>Hipertensão</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
<i>Exame físico normal</i>			
20 - TIPO DO DIAGNÓSTICO		21 - CID 10 PRINCIPAL    22 - CID 10 SECUNDÁRIA    23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<i>Intoxicação por álcool</i>			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		PROCEDIMENTO SOLICITADO	
<i>Intoxicação</i>			
25 - CLÍNICA		26 - DOCUMENTO	
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE	
30 - NOME DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE / ASSINATURA		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
<i>Abner de Souza Gomes Lins dos Santos</i>			
32 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DO REGISTRO DO CONSELHO			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		37 - N° DO BILHETE	
35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO		38 - SÉRIE	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		39 - CNPJ EMPRESA	
		40 - CNES DA EMPRESA	
		41 - CBO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		AUTORIZAÇÃO	
45 - DOCUMENTO		44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
( ) CNS    ( ) CPF		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		<i>0308010019</i>	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		<i>10/12</i>	
48 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			

Chopakis

PRESCRIÇÃO DÍLTA



GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HGR Hospital de Roraima
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE						
DIAGNÓSTICO						
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE	LEITO		DATA	24/02/18		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SM
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia					manhã
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H					18
4	TILATIL 20mg 12/12hs					08
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N					SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01 (20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS					18
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					08
10	SSVV + CCGG 6/6 H					SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 OU PAD > 110 MMMHG					Retirado
14	CURATIVO DIÁRIO					
15	Insulina Cor 100 U/L 6/6h (SC)					12
16	Insulina Cor 10 U/L 6/6h (SC)					18
17						
18						
19						
20						
<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b> <b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b> <b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%</b> <b>40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>						

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

Ao bloco para programação cirúrgica

12:00hs Realizada avaliação de enfermagem: Sinais vitais e dados de enfermagem de acordo com prescrição médica. Sinais vitais dentro do normal. Taxa de glicose 120 mg/dL.

À 16:22h paciente no leito sem feridas visíveis. Urina + amarela.

Marcia V. M. Viana  
Enfermeira  
RGT 353.4

25.07 PA: 120x80  
12h30 FE: 83  
FR: 20

À 16:02h paciente no leito sem feridas visíveis. Urina + amarela.

Marcia V. M. Viana  
Enfermeira  
RGT 353.4

SINAIS VITAIS	PA	F.R.	TEMP.	RESP
6 H	130x80	25	36.1	
12 H	158/91	85	36.0	19
18 H	130/90	26	36.0	
24 H	145x106	72	36.0	

18h00 paciente no leito sem feridas visíveis. Urina + amarela.

Marcia V. M. Viana  
Enfermeira  
RGT 353.4

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

# BLOCO D

☒ SUS ☐ Unico da Saúde ☐ Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HGR

CNES

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HGR

CNES

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME

Walter Florio Medeiros

4 - IDENTIFICADORA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71012101381419168131118191

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/07/95

6 - Nº PRONTUÁRIO

166982

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Elaine da Silva Medeiros

12 - ENDEREÇO URBANO Nº, BARRIO

Rua Adail Oliveira Rosa, 3411 - Equatorial

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

RR

### 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Vitimas de PPB a nível  
Punko (E) com furoca  
da flexo excessiva

### 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CIRURGIA

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Tubo de tração no ponto de

### 24 - RICO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento de trauma

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - CPF

30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - NOME DO SOLICITANTE / ASSINANTE

Carla E. A. dos

33 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

34 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

35 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNPJ

43 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAVEJO

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

45 - EMPREGADO

46 - EMPREGADOR

47 - AUTÔNOMO

48 - INTERMITENTE

49 - PRECATORIO

50 - NÃO SEGURADO

51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

### AUTORIZAÇÃO

52 - CÓD. ENTIDADE EMISSOR

53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

54 - DOCUMENTO

55 - Nº DOCUMENTO (RECEITO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

56 - CNIS

57 - DATA DA AUTORIZAÇÃO




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

59 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

0408060480  
5668



4104-2

	<b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b>			
	<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b>			
	<b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>			
	<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>			

DATA DE ADMISSÃO	09/08/2018	DIH		DN	15/07/1995
------------------	------------	-----	--	----	------------

PACIENTE **WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA**

AGNOSTIC **LESÃO TENDÃO EXTENSOR RADIAL**

ALERGIAS		HAS		DM2	
----------	--	-----	--	-----	--

IDADE	23	LEITO	404-2	DATA	13/08/2018
-------	----	-------	-------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
------	------------	---------

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 + SF 0,9% 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 VO	
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, RELATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
- # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
- # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	140/80	96	18	36,3
18 H	125/82	69	17	36,4
24 H				

Dr. Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia

07:13 h. medicado com, fenda SSVV - Rec. Elitidiel



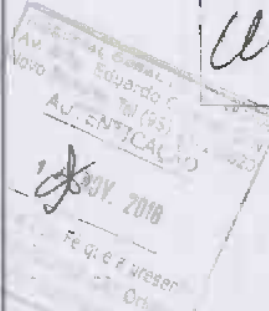
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

130818

O.S.



Wilson Horacio  
Medeiros

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTA:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Encontrar-se Ferimentos Múltiplos,  
Dorso Punk e Pto @

Lesão de Tendões Extensor Ulnar  
do Corpo Extensor Radial do Carpo  
e Parte do Extensor Comum  
Feita Reforço Múltiplo com Nylon 3/0  
fechamento x Pontos

Carlos Eduardo da R.  
CRM-RR 566

Dr. José A. Lopez Aguiar  
CRM-RR 566



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
— "Amazônia Patrimônio dos Brasileiros" —

### FICHA DE ANESTESIA

Willen Moron Medinas Cirujano 23a
PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

13/08/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Neja Sherpas  
Neja HPP

AGENTES		DOSES		TÉCNICA		ANOTAÇÕES	
A	100 mg			1. Anest. de P. 1 ml		MONITOR: SPO <sub>2</sub> A PONS 1	
B	100 mg			2. Anest. de P. 1 ml		CONC. 2.0 mm @ PUF	
C	100 mg			3. Anest. de P. 1 ml		3. Sedação Profunda 100 mg	
D	100 mg			4. Anest. de P. 1 ml		Medicamento 5-2	
E	100 mg			5. Anest. de P. 1 ml		Medicamento de fúria.	
F	100 mg			6. Anest. de P. 1 ml		- Inter. Gaseosa: 400 mg	
G	100 mg			7. Anest. de P. 1 ml		- Anest. 100 mg	
GLICOSE	Líquidos			Cânula - Naso / Oro Faringes		- Anest. 100 mg	
NOXI				Naso / Oro Faringes - Cega		- Anest. 100 mg	
SANGUE				Bat - Temp - Calibre do Tubo		- Anest. 100 mg	
				Sob Molesta		- Anest. 100 mg	
				Dificuldade Técnica		- Anest. 100 mg	
SA	100 mg					- Anest. 100 mg	
TOTAL	100 mg					- Anest. 100 mg	
OPERAÇÃO	Tonsillotomia múltipla de fúria.					- Anest. 100 mg	
ANESTESIA	DR. Michel	CÓDIGO	DR. Carlos H	PERDA SANGÜÍNEA	Hemorragia - Arterial		
					Bradi Taquicardia - Choque		

Michel M. Moufá  
Médico Anestesiologista  
ERM - RR 1106-





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

### FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Walter Macio Medeiros</i>		934	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>13 / 08 / 18</i>
TIPO <i>Amorafia múltipla do punho</i>		CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO INICIO <i>21:33</i> FIM <i>23:15</i> TEMPO TOTAL	
CIRURGIÃO <i>Dr. Jesus</i>		EQUIPE MÉDICA		ANESTESISTA: <i>Dr. Michel</i>	
1º AUXILIAR <i>Dr. Carlos Enríquez</i>		RES ANESTESIA:		<i>Dr. Bruno</i>	
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		<i>Dr. Jesus</i>	
TIPO DE ANESTESIA:		CIRCULANTE		<i>Dr. Michel / Jonathan / Fabio</i>	
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
7	FIS COMPRESSAS C/03 UNID.		7	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYLNº 20	
1	LUVA ESTERIL 8.0		7	FIO MONONYLON Nº 30	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº 1, 1/2	
1	FAMINA BISTURINº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
1	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
1	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
1	SERINGA 01ML			SURGICEL	
1	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº	
1	SERINGA 10ML			GEFOAM	
1	SERINGA 20ML			OUTROS: <i>anticoagulante</i>	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE <i>Selange</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS		VALOR
FUNÇÃOÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	SUB- TOTAL		
			TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
ESTADO DE RORAIMA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Abner de Souza Gomes Lins dos Santos  
Idade: 34 anos  
Sexo: Masculino  
Tipo de Anestesia: Local

ANTES DA INCISÃO

Assinatura: Abner de Souza Gomes Lins dos Santos  
Data: 08/04/2019

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

Identidade: Abner de Souza Gomes Lins dos Santos  
Sítio Cirúrgico: Local  
Precedente: Não  
Consentimento: Sim ☐ Não ☐

USO CIRÚRGICO

☐ Aplica ☒ Não se aplica

TIPO DE INCISÃO

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se aplica

CONFIRMAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

CONCLUI: Boxmen  
TUBO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA: Não  
☐ Sim, Qual: Não

VIA AÉREA: Não  
RISCO DE ASPIRAÇÃO: Não

☐ Sim, e equipamento disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☐ Sim, e equipamento adequado e planejamento  
em fluidos: Não

Assinatura: Abner de Souza Gomes Lins dos Santos  
Data: 08/04/2019

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 instrumentos, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFIAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica  
☐ Sim, Qual: Não

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.  
☒ Sim  
☐ Não se aplica

SAÍDA (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 ☐ Não se aplica

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: Abner de Souza Gomes Lins dos Santos  
Data: 08/04/2019

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Wesley Florento Pedreira			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS					
IDADE		HAS		DM2	
ITEM		LEITO		DATA	
		PRESCRIÇÃO		NEGATIVA	
1	DIETA ORAL LIVRE			HORARIO	
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia			3h	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			22-10	
4	TILATIL 20mg 12/12hs			24-06-12-13	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N			20-10	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01g (20mg) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			5U	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			5U	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS			5U	
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			20-06-14	
10	SSVV + CCGG 6/6 H			5U	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
<b>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</b>					
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>					
No bloco para programação cirúrgica					
B26, 20/08/19 ALTA AMANHÃ					
Carlos Henrique da Rosa Médico CRM 499					
<b>SINAIS VITAIS</b>					
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.					

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	<i>Welles Peters Medeiros</i>				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS					
IDADE					
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20mg 12/12hs				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(300mg) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
<b>SE DIABÉTICO</b> 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					
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>					
Ao bloco para programação cirúrgica					
<i>BEE, LOVED</i>					
<i>ALTA HOSPITALAR</i>					
<i>Carlos Enrique La Rosa</i> CRM-RR 149					
<b>SINAIS VITAIS</b>					
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.



data 20.08.18

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				2 - CNEC	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNEC	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - Nº DO PRECATÓRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				167976	
7 - IDENTIFICAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (INS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
7003306037225220				15/08/92	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				9 - SEXO	
Maria Cristina Moreno de Almeida				F	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				11 - TELEFONE DE CONTATO	
R. Calceoli 299 São Bento				Nº DO TELEFONE	
13 - BAIRRO DE RESIDÊNCIA				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
Boa Vista				15 - UF	
				16 - CEP	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
Acidente de Transição com				Perda de Tecidos Mole	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				CIRURGIA	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				Certif. e 2018	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				21 - CID 10 PRINCIPAL	
Fratura fechada de R. (C)				22 - CID 10 SEGUNDA R. DE CAUSAS ADICIONAIS	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				PROCEDIMENTO SOLICITADO	
Cirurgia de fratura de R. (C)				29 - Nº DOCUMENTO	
25 - CLÍNICA				26 - CARATER DA INTERNAÇÃO	
27 - DOCUMENTO				28 - Nº DOCUMENTO	
29 - NOME DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE / ASSISTENTE				30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
31 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO				32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)				DO SILHETE	
33 - ACIDENTE DE TRABALHO				34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO				36 - CNPJ DA SEGURADORA	
37 - CNPJ EMPRESA				38 - CNAE DA EMPRESA	
40 - CNAE DA EMPRESA				41 - CNAE	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
44 - EMPREGADOR				45 - AUTÔNOMO	
46 - DESEMPREGADO				47 - REPRESENTANTE	
48 - NÃO REQUERIDO				49 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				53 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	
54 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO				55 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	

## BOLETIM OPERATÓRIO

Адмирал Горшков

200818  
a: \_\_\_\_\_

0.5

Адресат почт.  
Женя

Энциклопедия Р.С.С.

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Calais

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º **AUXILIAR:**

## 2º AUXILIAR

INSTRUMENTADORA:

### 3º AUXILIAR:

#### ANESTHESIA

## ANESTESISTAS

ANESTESICO:

非相CIG:

FIM:

DURAÇÃO:

## RELATÓRIO CIRURGICO

Quarta - 8: a hora, Terceira  
me Dorso Pê (E)

Full LMC can SF &

Bokeh d'ivoire

Corredor do Tenda Alentejo -  
Das brancas do Tenda Alentejo -  
Vagos

Unidos  
Releto de Tendo Carlos Orestes de  
0530: E Tendo

Carlos Enrique  
Medico  
CRM-RR

Dr. J. Edgar Hoover  
CRM-RR 566







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE PROCEDIMENTOS COM ANESTESIA LOCAL

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

ARIANE ANDREY ALMEIDA DE SOUZA IDADE: 26  
DATA DE NASCIMENTO: 15/08/92 R. Nº 34815447 SSP RX  
CPF: 009.235.542.03 CARTÃO SUS: 702.306.037.225.22.0  
NOME DA MÃE: ANA CRISTINA MORGADO DE ALMEIDA  
RUA: COQUEIRO Nº: 297 BAIRRO: SÃO BENITO  
CIDADE: BOA VISTA TELEFONE: 99122-1312  
DATA: 03/05/19

2. INFORMAÇÕES CLÍNICAS: (PREENCHIDO PELO MÉDICO)

DIAGNÓSTICO:

TIPO DE PROCEDIMENTO:

ANESTESIA: LOCAL HORÁRIO DO INÍCIO DO PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

HORÁRIO DO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO:

EVOLUÇÃO MÉDICA E ORIENTAÇÕES:

( ) ALTA HOSPITALAR

BOA VISTA, \_\_\_\_\_

( ) INTERNAÇÃO

MÉDICO (A)

ASSINATURA E CRM (CARIMBO)  
(ANEXA)- PREENCHIMENTO

OBS: ITEM 03- FICHA DE MATERIAL UTILIZADO  
OBRIGATÓRIO PELA ENFERMAGEM.



Assinatura do Serviço de Registro  
Módulo de Registro de Endereços

PRESCRIÇÃO

VIAJADE / SETOR

QUARTO

LEITO

Nº DE REGISTRO

NOME DO PACIENTE

Adriane Moreira Almeida de Souza

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

SANTA / HORA

PRESCRIÇÃO

24/08/19

HORARIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

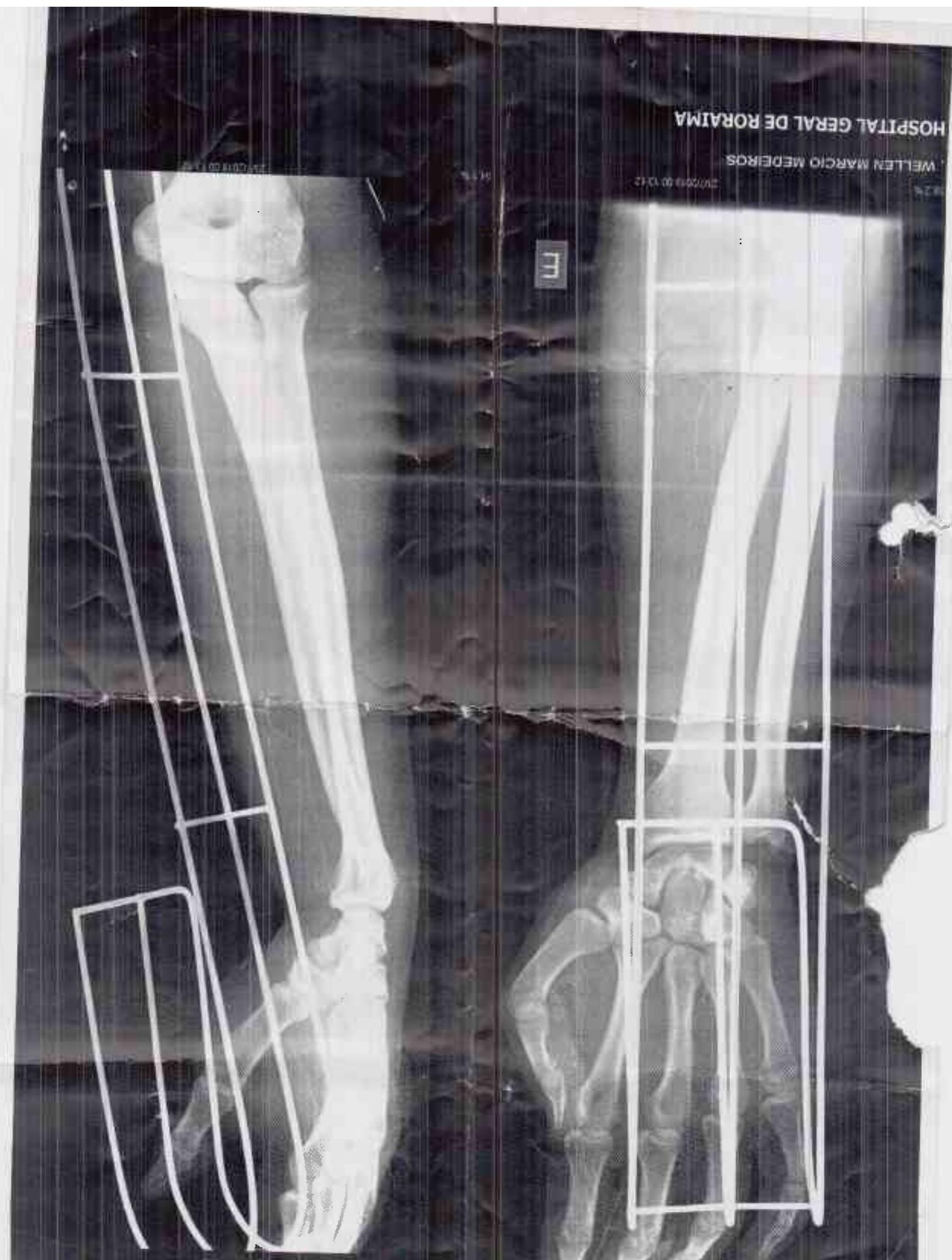
RESERVAÇÃO

*[Handwritten signature]*

Dr. João Luiz de Souza  
CRM-PR 564





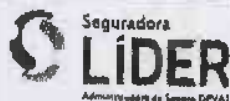


Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> OAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
Nº do sinistro ou ASL:		CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDAS MENSAL DA VÍTIMA (BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUL 17/2013		Nome completo: <u>Wellen Marcos Medeiros Corqueira</u>	
Profissão:		Endereço:	CPF: <u>020.283.572-31</u>
Bairro: <u>Antônio Vitor</u>		Cidade: <u>Rio de Janeiro</u>	Número: <u>121</u> Complemento:
E-mail: <u>abhner@hotmail.com</u>		Estado: <u>RJ</u>	CEP: <u>21312-371</u>
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
DADOS CADASTRAIS			
RENDA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00			
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
Nome do BANCO:			
AGÊNCIA: <u>8121</u> <u>3</u> CONTA: <u>2414</u> <u>7</u>		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 INSTITUTO MÉDICO LEGAL (IML) - 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):			
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou			
<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou			
<input type="checkbox"/> 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 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 INTERESSE BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data do óbito da vítima:			
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheira(o): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheira(o), informar o nome completo:			
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se tinha filhos, informar quantos vivos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem com a documentação necessária para comprovar a ocorrência do sinistro, 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: <u>Rio de Janeiro, 09/01/2019</u>		TESTEMUNHAS	
Nome: <u>Wellen Marcos Medeiros Corqueira</u>		1ª Nome:	
CPF: <u>020.283.572-31</u>		CPF:	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):		Assinatura	
Assinatura do Representante Legal (se houver)		2ª Nome:	
Assinatura do Segurador (se houver)		CPF:	
Assinatura		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, concordando com 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.

FPS.001 V001/2018





## 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Abner Imaculino de Souza Inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.061.512 / 04  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wellen Marcio Medeiros Ciquinha inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 020.283.572 / 31 do sinistro de DPVAT cobertura invalido da Vítima  
Wellen Marcio Medeiros Ciquinha inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.283.572 / 31 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 a baixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

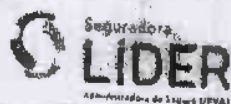
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Antônio Pontes Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento <u>Ap 04</u>
Bairro <u>Itaeritas</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estrada <u>RR</u>	CEP <u>69.308-209</u>
Email <u>ilairto@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95) 98125-9533</u>

Local e Data

Wellen Marcio Medeiros Ciquinha  
Assinatura Declarante





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

Numero do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

020.283.572-31

Nome completo da vítima

Wellen Marcio Medeiros Cirqueira

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

Wellen Marcio Medeiros Cirqueira

Endereço

Rua: São Mateus

Bairro

Centenário Verde

Cidade

Boa Vista

E-mail

alairrr@hotmail.com

CPF titular da conta

020.283.572-31

Profissão

Número

131

Complemento

Estado

RR

CEP

69.312-371

Telefone (DDD)

(95) 98125-9538

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ 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)

☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

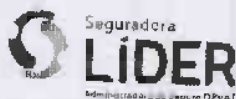
Boa Vista, 28 de Novembro de 2018

Lugar e Data

Wellen Marcio Medeiros Cirqueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



## 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, um específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Wellen Marcio Medeiros Cirqueira

CPF da Vítima

020.283.572-31

Data do Acidente

22-07-2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

E-mail

CPF do Representante Legal

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar 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.

Boa Vista, 28 de Novembro de 2018

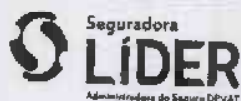
Local Data

Wellen Marcio Medeiros Cirqueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





## 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Ilson Francisco de Souza inscrito (a) no CPF 288.051.612 / 04  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wellen Marcio Medeiros Cirqueira inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 020.283.572 / 31 do sinistro de DPVAT cobertura Furto/roubo da Vítima  
Wellen Marcio Medeiros Cirqueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.283.572 / 31 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>Barro</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.308-209</u>
Email <u>ilsonr@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) _____		Telefone celular (DDD) <u>(95) 98125-9538</u>

Boa Vista, 28 de Novembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante



Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180564151

Vítima: WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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					



## Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo	
Descrição do cálculo	Cálculo de Atualização Monetária - Wellen Márcio Medeiros Cirqueira
Valor Nominal	R\$ 7.087,50
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	22/7/2018 a 1/4/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	22/7/2018 a 8/4/2019

Dados calculados		
Fator de correção do período	253 dias	1,022358
Percentual correspondente	253 dias	2,235835 %
Valor corrigido para 1/4/2019	(=)	R\$ 7.245,96
Juros(260 dias-9,00638%)	(+)	R\$ 652,60
Sub Total	(=)	R\$ 7.898,56
<b>Valor total</b>	<b>(=)</b>	<b>R\$ 7.898,56</b>

Memória analítica do cálculo			
Valor inicial	7.087,50		
Data inicial	22/7/2018		
Data final	1/4/2019		
Periodicidade	Mensal		
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.		
Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
22/7/2018	1/8/2018	0,2060 (%)	7.102,10
1/8/2018	1/9/2018	0,1300 (%)	7.111,33
1/9/2018	1/10/2018	0,0900 (%)	7.117,73
1/10/2018	1/11/2018	0,5800 (%)	7.159,02
1/11/2018	1/12/2018	0,1900 (%)	7.172,62
1/12/2018	1/1/2019	-0,1600 (%)	7.161,14
1/1/2019	1/2/2019	0,3000 (%)	7.182,63
1/2/2019	1/3/2019	0,3400 (%)	7.207,05
1/3/2019	1/4/2019	0,5400 (%)	7.245,96
Acréscimos de juro, multa e honorários			
Juros(260 dias-9,00638%)	(+)	R\$ 652,60	
Sub Total	(=)	R\$ 7.898,56	
Valor total	(=)	R\$ 7.898,56	

**Retornar   Imprimir**