

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário de Roraima

Início   Ações 1º Grau   Ações 2º Grau   Parecer   Citações   Intimações   Audiências   Sessões 2º Grau   Buscas   Estatísticas   Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2413256720190720115513

Processo 0819115-64.2019.8.23.0010 ☆ - (28 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário  
Assunto Principal: 10441 - Acidente de Trânsito  
Nível de Sigilo: Público

Informações GeraisInformações AdicionaisPartesMovimentaçõesApensamentos (0)Vínculos (0)

Resizes

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

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

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Defensor de Justiça ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor

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

Descrição:

10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10

500 por pág.1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 10	20/07/2019 11:55:13	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
10.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2617778CONTESTACAO01.PDF Público
10.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2617778CONTESTACAOAnexo01.PDF Público
10.3	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2617778CONTESTACAOAnexo021.pdf Público
10.4	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2617778CONTESTACAOAnexo022.pdf Público
10.5	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2617778CONTESTACAOAnexo023.pdf Público
10.6	Arquivo: KIT SEGURADORA	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2617778CONTESTACAOAnexo03.PDF Público
9	27/06/2019 09:36:25	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA) em 27/06/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (24/06/2019) e ao evento de expedição seq. 7.	LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA Advogado
<div>[+]</div> 8	25/06/2019 13:32:56	EXPEDIÇÃO DE CERTIDÃO GERAL Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (24/06/2019 13:56:43). Identificador do Cumprimento: 0001.	MOISES TELES JESUS NETO Analista Judiciário
7	25/06/2019 13:32:05	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (24/06/2019)	MOISES TELES JESUS NETO Analista Judiciário
<div>[+]</div> 6	24/06/2019 13:56:43	CONCEDIDO O PEDIDO	BRUNO FERNANDO ALVES COSTA Magistrado
5	21/06/2019 16:13:33	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	21/06/2019 16:13:33	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	21/06/2019 16:13:32	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	21/06/2019 16:13:32	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 1ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<div>[+]</div> 1	21/06/2019 16:13:32	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA Advogado



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

Processo: 08191156420198230010

**SÚMULA 474 STJ:** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### **CONTESTAÇÃO**

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

#### **BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **16/08/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **27/11/2017**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

#### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

### **DO MÉRITO**

#### **DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

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

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 27/11/2017 após MAIS DE 3 (TRÊS) MESES da data do alegado acidente noticiado.

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

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 16/08/2017, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

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

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

### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

---

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



Comprovante de pagamento:

## BANCO DO BRASIL

### COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	28/12/2017
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	7.087,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000051946-7

---

Nr. da Autenticação B83DCED6FD016E8C

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **16/08/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

---

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

<sup>5</sup>**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 7.087,50 (SETE MIL E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

### **DA INDENIZAÇÃO RECEBIDA EM RAZÃO DE SINISTRO DIVERSO**

Informar-se, ainda, o fato da parte autora ter pleiteado administrativamente verba indenizatória relativa ao seguro DPVAT, cujo processo administrativa foi regulado sob o **nº. 3190032931**, em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 17/08/2018.

Frisa-se, que a parte autora recebeu indenização relativa ao Seguro Obrigatório DPVAT, após ter sido apurada em perícia administrativa, invalidez com repercussão de 50% no JOELHO DIREITO.

Deste modo, em que pese não haver qualquer relação de causalidade entre a referida invalidez e o sinistro discutido nestes autos, caso se quebre a lógica exposta, e eventual perícia venha a indicar esta mesma invalidez, deverá ser considerado pagamento já efetuado para fins de abatimento.

### **DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA**

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios<sup>6</sup>, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>7</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup>“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

<sup>7</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

### **CONCLUSÃO**

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

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

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

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

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

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

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

---

<sup>8</sup>art. 1º. (...)

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 3 de julho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RR 451-A**

**SIVIRINO PAULI**  
**101-B - OAB/RR**

### **QUESITOS DA RÉ**

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

## TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam 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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/RR 451-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08191156420198230010.

Rio de Janeiro, 3 de julho de 2019.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000051946-7

---

Nr. da Autenticação B83DCED6FD016E8C

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170650301 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 16/08/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EM COTOVELO A DIREITA

**Descrição do exame médico pericial:** MEMBRO SUPERIOR DIREITO: ALTERAÇÃO ANATÔMICA DECORRENTE DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO PARA ABDUÇÃO E DEFICIT DA FORÇA MUSCULAR E HIPOTROFIA MUSCULAR LEVE

**Resultados terapêuticos:** VITIMA SOFREU FRATURA EM COTOVELO A DIREITA, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO POR IMOBILIZAÇÃO GESSADA, POSTERIORMENTE FOI REALIZADO CIRURGIA COM USO DE PARAFUSO E PLACA, TRATAMENTO COMPLEMENTADO COM FISIOTERAPIA. ESTÁ DE ALTA.

**Sequelas permanentes:** MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO PARA ABDUÇÃO E ALTERAÇÃO ANATÔMICA DECORRENTE DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 26/12/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU INTENSO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

**Médico examinador:** REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO

**CRM do médico:** 1032

**UF do CRM do médico:** RR

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

## PRESTADOR

AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

**Médico revisor:** Anderson Anisio

**CRM do médico:** 52.25458-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

**LAUDO DE VERIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES**

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do Examinado(a): ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua General Penha Brasil 826 São Francisco  
Identificação - Orgão Emissor /UF/ Número: 001.877.602-76  
Data e local do exame: Boa Vista/RR, 26/12/2017

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s):**

Vítima de acidente de moto com fratura do cotovelo direito. Apresenta alteração anatômica decorrente de consolidação viciosa, sinais de artrose na articulação, diminuição do MSD em consequência da diminuição do arco de extensão do membro e limitação no movimento de abdução e diminuição da força muscular e sinais de hipotrofia muscular leve

**a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? ( X )Sim ( )Não**

**\* Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V \*), se necessário.**

**b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? ( X )Sim ( )Não**

**\* Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V\*).**

**II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.**

Vítima fez inicialmente imobilização com tala gessada por quase 30 dias e posterior cirurgia com colocação de parafuso e placa, fez fisioterapia, alta em novembro/2017

**III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? ( X )Sim ( )Não**

**Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.**

Déficit funcional acentuado do MSD decorrente de alteração anatômica e limitação acentuada dos movimentos.

**\* Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o cano permanente no item IV opções "b"**

**IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações \*.**

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): Membro superior D

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( X ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações \*.

( ) Total = "100% da IS"

V. \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal:



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR



Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12193407

A/C: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Nº Sinistro: 3170650301  
Vítima: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA  
Data do Acidente: 16/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000051946-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DA JUSTICA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO  
FABRICACAO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

TERCEIRA SELENA FRACALOSSI DE MELO

DOCUMENTOS E FOTOS DE IDENTIFICACAO

423049

CPF 421.026.772-49 DATA NASCIM. 15/01/1972

MACAO JUNILSON FRACALOSSI

MARIA ADRA FRACALOSSI

03798991920

06/10/2013

17/02/1991

SEU OBSERVACAO

TERCEIRA SELENA FRACALOSSI DE MELO

03798991920

13/11/2008

43076893811

RO000228597

059074510

AREA DE S  
CONTEIN

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



1700823527	16/08/2017 19:09:50	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-		4
Paciente	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário		
ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA	16/08/1987		30 A O M O D	760000671101901		154637		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
IDENTIDADE	2360219-8	SSPAM	28/07/2014	M	NAO	PARDA	SANTAREM - PA	
Mão			Pai	INFORMADO		Contato		
MARLETE VIEIRA DE SOUSA			ANTONIO DOMINGOS BRASIL DE SO		(95) 99143-2277			
Endereço							Ocupação	
AVENIDA - GENERAL PENHA BRASIL - 829 - SAO FRANCISCO - BOA VISTA - RR							NÃO INFORMADA	
Class. de Risco	Plano Convênio	N° da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal		
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA							
Solo	Tipo de Chegada	Procedimento Solo				Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL					LUCAS.DANIEL		
Queixa Principal			<input type="checkbox"/> Síndrome Febril	<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório	<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_\_ h)

Alente vitórias de exatidão de motricidade  
- tremor em cotovelo

ÁREA DE SINISTROS - DE  
CONTEÚDO - DE

Exame Fisico	CONTENDIMENTO
205E	205E

Hipótese Diagnóstica

Friatura en Cotonela D.

PROFESSOR: [illegible]  
ALUNO: [illegible]

SADT - Exames Complementares

( ) RAIO-X    ( ) ULTRA-SON    ( ) TC    ( ) SANGUE    ( ) URINA    ( ) ECG    ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

[illegible]

Conduta

<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica	<input type="checkbox"/> Ambulatório
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia	<input type="checkbox"/> Internação
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para:	Data e Hora da Saída/Alta: 11/05/2017 14:00

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

**Assinatura do Paciente ou Responsável**

**Carimbo e Assinatura do Médico**

Impresso por: lucas.daniel  
Data Hora: 16/08/2017 19:12:17





Orthopedic

Pet of Nelson's student Hovitt  
affirmations den + duplicable  
controls

pet inclusion de ft  
CD = TC agnate  
intense

Dr. Peterson, P. Silva  
1980/01/15  
Traumatologia e Ortopedia  
CRM: 1793



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

- LAI -

# ATA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO

2 - CNES

4 - CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE, OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

pt contínuo oc. transt. agudo  
dor + deficiência colateral  
rx = fr. costal

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

amfio

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

ex  
rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

fratura costal

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

amfio costal

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

MAX

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

16/8/17

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

Medico  
Pneumologia e Critérios  
CRM: 1733

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

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNP / DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

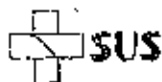
( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

16/8/17

0308012019-1068  
V299



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 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ÁREA DE SINALS E SINTOMAS  
CONTÉÚDO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

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

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAVEJO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

( ) CNS



( ) CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

BLD 404-3 p2.12.

404-3

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			 HGR Hospital Geral de Roraima
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
	PRESCRIÇÃO MÉDICA			

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	Adriano K. V. de Souza	
DIAGNÓSTICO		
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S/N
2	SF0,9% 500ML EV DE 8/8HS	12/18
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	SUSP
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H	Suspensão
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA	Suspensão
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H	12/18
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h S/N	S/N
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H	12/18
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S/N
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	S/N
13	CURATIVO DIÁRIO	
14	SSVV + CCGG 6/6 H	
15	Do blow	
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: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

Dr. Leonardo Rabeto  
Residente em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 7716

NIF

EVOLUÇÃO MÉDICA:				
------------------	--	--	--	--

Transfere do blow e procedimentos  
visita os SH.  
Paciente não estava no leito.  
No dia 30 ferida aberta  
limpa e de curado

conjugio - 12:00 PA 150x110  
FC 99  
T: 36°C

Cidra Moraes de Melo  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 001.053.026-TEC

Donai Provil Little  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 001.058.361-TEC

Márcia dos Santos Sousa Gomes  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 418.701 TE

Edirle O. Coelho  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 001.053.026-TEC

6 H	153/103	60	35.5	21
12 H				
17 48H	142/93	82	37.0	82
22 24H	143/83	76	36.7	

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

Franciele Mendonça  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR - 353.432

No 12:00 realizada medicacao  
pelos medicos

Cidra Moraes de Melo  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 001.053.026-TEC

Luzia da Silva Vale  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 001.053.026-TEC

OBS: Admitido no setor  
aos 16:00 procedente do  
PAE, deambula apertado  
NOTE as curadas da

09:50 h - Redigado curativo. Miller. Data 130838.

130838

17/08/17 às 17:00 h apêdo giras d'atm. Administrado  
medicinas de honra p'ente sem quise até o fim  
do plantão. At. Miller com 510509 no

130838 administrado medicamentos de apêdo giras  
vital de honra p'ente sem quise até o fim  
do plantão. At. Miller com 510509 no

21: h - Paciente repete apêdo por adiantado  
gripone de honra - At. Miller com 510509 no

404-3

P2-12



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

16/08/17

PACIENTE

Adriano K. V. de Souza

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

LEITO

DATA

16/08/17

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORARIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

SF0.9% 500ML EV DE 8/8HS

3

CEFALOTINA 1G EV 6/6H

4

SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H

5

TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA

6

DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H

7

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

8

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

10

REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H

11

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS &gt; 160 E OU PAD &gt; 110 MMHG

12

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

13

CURATIVO DIARIO

14

SSV + CCGG 6/6 H

15

Solicito exames pré-op. cliente

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;

&gt;400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR

PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SAÚDE  
CONTEÚDO

24h  
FC: 40  
PA: 160x90  
T: 37.0C

medicações dos 20 e 24



Dr. João S. Queiroz Costa  
T. 315-7550  
CUREN-RR 1.221907

24h/16h  
315-7550

\* Realizado curativo, RX e ECG  
Item 11 feito corretamente.  
Tarciano de Souza Dutra  
B. Carneira  
CUREN-RR 231.309

6H	238x124	80	36.5°C
2H			
H			
	160x90	37.0	97



MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

- Realizado Medicamento Obst.



Vânia da Conceição Costa  
Técnico em Enfermagem  
COREN-RR 628.963

404  
3

		<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE <b>ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA</b>					
AGNÓSTICO <b>FRATURA DE COTOVELO DIREITO</b>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		30 ANOS	LEITO	404-3	DATA
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INT				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/M)				
10	SSV + CCGG 6/8 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO (SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG)				
14	CURATIVO DIÁRIO				
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				
17					SUSP
18	<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>				
19					
20					

55 24/10 6/20  
90 24/10 6/20

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A.A.A. SEM QUEXAS ALGICAS AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

ÁREA DE SIN...  
CONTEÚDO...

SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H	160 x 100	86	36,2
18 H	160 x 100	96	36,2
24 H	179 x 103	73	36,5°C

MÉDICO: MARCELO MARQUES  
CRM: 1118  
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

6h - PA = 164 x 100  
P = 61  
T = 36°C

11h - Paciente apresentou quadro hipertensivo realizado com 12. Regue os dados com observações de temperatura - Te Sugom. Cor. RR 081.713

14.45 - Pac. relatou dor, foi administrado medicação do item (3). Te. 36,2  
22:35 h - Pac. relatou dor intensa; Apresentando quadro Hipertensivo, realizado a medicação do item 5 e 12. Te. 36,2





Acompanhamento das Feridas  
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:  
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 4043

Nome: Adriano Kerley V. de Souza

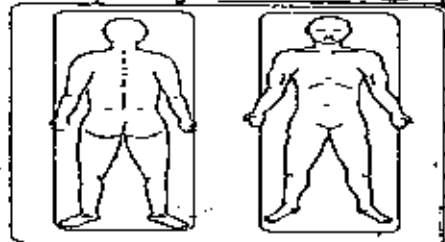
DATA: 18/08/17

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II X 3X

Localização / Região

M.I.D

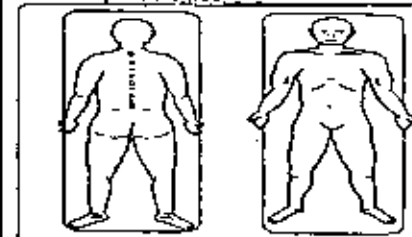


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética  
☐ neuropática ☐ cirúrgica X ☒ Trauma ☐ outra: exonidação

Tamanho da Ferida:

Comprimento: \_\_\_\_\_ cm Largura: \_\_\_\_\_ cm  
Profundidade: \_\_\_\_\_ cm

Aparência do Leito:

X ☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo  
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo X ☒ úmido, pouco  
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

X ☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento  
☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

Dor:

X ☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito  
☐ evidente ao entrar no quarto X ☒ Sem odor

Condição da pele  
Perilesional:

X ☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor  
☐ Prurido ☐ Outras \_\_\_\_\_

Solução para limpeza

X ☒ Soro Fisiológico 0,9% X ☒ Clorexidina 1%  
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: \_\_\_\_\_

Cobertura primária  
(Contato direto na lesão)

X ☒ Gaze ☐ Colagenase  
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata  
☐ AGE ☐ Outro: \_\_\_\_\_

Hora do curativo:

☐ Manhã X ☒ Tarde

Data da Próxima troca:  
Em caso de + de 24hs

19/08/17

Carimbo e ass.  
Téc. em Enfermagem

01- Rozângela

Carimbo e Assinatura  
do Enfermeiro

02- Parreiras



OBS:

OBS:

ÁREA DE SIGA Nº 3 - DE  
CONTEÚDO

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.  
Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas devem ser evoluídas separadamente.

40  
3

		<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
<b>DATA DE ADMISSÃO</b>		<b>DIH</b>	16/ago	<b>DN</b>	
<b>PACIENTE</b> ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
<b>AGNÓSTICO</b> FRATURA DE COTOVELO DIREITO					
<b>ALERGIAS</b>		<b>HAS</b>	<b>NEGA</b>	<b>DM2</b>	<b>NEGA</b>
<b>IDADE</b>	30 ANOS	<b>LEITO</b>	404-3	<b>DATA</b>	19/08/2017
<b>ITEM</b>	<b>PRESCRIÇÃO</b>				<b>HORÁRIO</b>
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				M. ANTER.
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N 13:50 - 22:00				S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				S/N 23:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H				NOTAR
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				S/N 13:45
14	CURATIVO DIÁRIO				NOTAR
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				SUSP
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:**

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A.A.A. SEM QUEXAS ALGICAS  
 AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

ÁREA DE SINCRONIZAÇÃO  
 CONTEÚDO

OBS: Trocado AUP. utilizado  
 G: 22 em MSD. Tcc Francielly  
 Corren R.R. 151318

SINAIS VITAIS				
6 H	140x90	92	36.2	59
12 H	150x90	88	36.5	22
18 H	160x100	80	36.5	20
24 H22	140x80	93	36.0	59

MÉDICO: MARCELO MARQUES  
 CRM: 1918  
 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E  
 TRAUMATOLOGIA.

OBS: Administrado item  
 5 às 22:00 e item 6  
 às 23:00 paciente referiu  
 dor em MSD. Afundado  
 sinais vitais às 22:00  
 e 6:00. Tcc Francielly  
 Corren R.R. 151318

13.500 Querosen - se de algar, administrado  
 dipirona EV, S/N 13:45 Corren R.R. 151318



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA				
AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO DIREITO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	404-3	DATA
30 ANOS				20/08/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			SND
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N			22:10 06:00 L
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
10	SSVV + CCGG 6/6 H			
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG			
14	CURATIVO DIÁRIO			
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS			
17				
18				
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),			
20	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:

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A.A.A. SEM QUEXAS ALGICAS  
AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

ÁREA DE SINCRONIZAÇÃO  
CONTEÚDO



15 SET 2017

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T
6 H	150/40	80	-	35°C
12 H	120/10	80	20	36°C
18 H	150/90	71	20	36,5°C
24 H	162 x 91	72	-	35,5°C

MÉDICO: MARCELO MARQUES  
CRM: 19118  
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

22.10.16 Foi realizado duplo exame de  
paciente relatando dor no local da  
fratura. Verificado pelos vitais, sem  
do medicação de horário. Sem T.O. com 11

401-3

		<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>Serviço de Ortopedia e Traumatologia</b>			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
<b>DATA DE ADMISSÃO</b>		<b>DIH</b>		<b>16/ago</b>	
<b>PACIENTE</b>		<b>ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA</b>			
<b>AGNÓSTICO</b>		<b>FRATURA DE COTOVELO DIREITO</b>			
<b>ALERGIAS</b>		<b>HAS</b>			
<b>IDADE</b>		<b>30 ANOS</b>		<b>DM2</b>	
<b>ITEM</b>		<b>LEITO</b>		<b>404-3</b>	
<b>DATA</b>		<b>21/08/2017</b>			
<b>PRESCRIÇÃO</b>					
<b>1</b>		<b>DIETA ORAL LIVRE</b>			
<b>2</b>		<b>ACESSO VENOSO PERIFÉRICO</b>			
<b>5</b>		<b>DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)</b>			
<b>6</b>		<b>TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8 (SE DOR INT)</b>			
<b>7</b>		<b>PARAL 10 mg EV 8/8h (S/N)</b>			
<b>10</b>		<b>SSVV + CCGG 6/6 H</b>			
<b>12</b>		<b>CAPTOPRIL 25MG VO (SE PAS &gt; 160 E/OU PAD &gt; 110 MMMHG)</b>			
<b>14</b>		<b>CURATIVO DIÁRIO</b>			
<b>17</b>		<b>PARALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS</b>			
<b>18</b>		<b>DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b>			
<b>19</b>		<b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:</b>			
<b>20</b>		<b>4UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,</b>			
		<b>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>			
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>					
<b>SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS</b>					
<b>AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO</b>					

ÁREA DE SIGNIFICAÇÃO  
CONTEÚDO DO TEXTO

10/05/2017



SINAIS VITAIS			
6 H	140/80	80	36
12 H	160/80	88	36.2
18 H	130x90/90	36.1	
24 H	147/92	74	36

MÉDICO: MARCELO MARQUES  
CRM: 1918  
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

Paciente refere dor e febre item 5 e PM  
as 24hs e as 06hs - Leodi

Paciente refere dor,  
frio defensivo.  
fe. gamilata  
com: 776-767

401  
3

		<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE <b>ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA</b>					
AGNÓSTICO <b>FRATURA DE COTOVELO DIREITO</b>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	30 ANOS	LEITO	401-3	DATA	22/08/2017
<b>PRESCRIÇÃO</b>					
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SV
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SV
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)				SV 12-20 18h 24h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				SV 12-20 18h 24h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SV
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SV
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE HAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SV
14	CURATIVO DIÁRIO				SV
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				SV
17					
18	<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				
19					
20					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS AGUDAS  
 AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

ÁREA DE SINISTROS - D  
 CONTEÚDO DE

SINAIS VITAIS PA	FC	T	FR
6 H	130/95	68	35.9°
12 H	130/90	85	36.3°
18 H	130/90	85	36.3°
24 H	130/90	85	36.3°



FF: presente

MÉDICO: MARCELO MARQUES  
 CRM: 1918  
 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E  
 TRAUMATOLOGIA.

12:20 Pac refere dor em MSD administrado dipirona  
 at 12:20 Pac refere dor em MSD administrado dipirona  
 Paciente refere dor administrado item 5

Marco Antônio  
 Técnico em Radiologia  
 COREN 970.000

401  
3

		<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
<b>DATA DE ADMISSÃO</b>		<b>DIH</b>	<b>16/ago</b>	<b>DN</b>	
<b>PACIENTE</b> ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
<b>AGNÓSTICO</b> FRATURA DE COTOVELO DIREITO					
<b>ALERGIAS</b>		<b>HAS</b>	<b>NEGA</b>	<b>DM2</b>	<b>NEGA</b>
<b>IDADE</b>	<b>30 ANOS</b>	<b>LEITO</b>	<b>401-3</b>	<b>DATA</b>	<b>23/08/2017</b>
<b>ITEM</b>	<b>PRESCRIÇÃO</b>				<b>HORÁRIO</b>
1	DIETA ORAL LIVRE				SA
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				10:00
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)				21:40 06:00 15
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				10
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				10
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SSV
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				10:00 16:00
14	CURATIVO DIÁRIO				12:00 14:00
	CEFALOTINA 1G EV. 8/6 HORAS				
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

ÁREA DE SINCRONIZAÇÃO  
CONTEÚDO

SINAIS VITAIS			
6 H	170/110	63	36,8°
12 H	NUNCA		
18 H	160/90	86	36,6°
24 H	160/90	80	36,0°

MÉDICO: MARCELO MARQUES  
CRM 1918  
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

21:30  
Paciente refere dor, adm.  
dipirona c.p.m. Ter. Valdete

06:00 paciente refere dor,  
adm. dipirona e PA: 170/110  
adm. paracetamol c.p.m. Ter. Valdete

17:30. Paciente em repouso no leito  
sem feixes durante o plantão.  
feito medicação + SSVV. Segue em  
de enfermeiro

387479

387479



**Acompanhamento das Feridas**  
**Comissão de Curativo - HGR**

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:  
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015



ENF/LEITO: 401-3

Nome: <u>Adriano Kerley V. de Souza</u>			
DATA: <u>23/08/17</u>	Localização / Região: <u>Dorsal</u>		DATA:
<input type="checkbox"/> GRAU - I			<input type="checkbox"/> GRAU - I
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II			<input type="checkbox"/> GRAU - II
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <u>Moderado</u> <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Briatan Ag</u>		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro:
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca:	<u>26/08/17</u>		
Em caso de + de 24hs			
Enfermeiro e ass. Tec. em Enfermagem	01- <u>César</u>	02- <u>Adenilde</u>	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	
		ÁREA DE SINTOMAS CONTUSÃO	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e CouvaTec, Solutions Programs.  
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

(Coleta  
4:20  
25/8/17)

401  
3

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
GOVERNO DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		16/ago DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO DIREITO					
ALERGIAS		HAS		NEGA	
IDADE		30 ANOS		LEITO	
		401-3		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO	
1		DIETA ORAL LIVRE			
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			
5		DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)			
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h (SE DOR INT)			
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
10		SSVV + CCGG 6/6 H			
12		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG			
14		CURATIVO DIÁRIO			
		CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS			
17					
18		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)			
19		CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:			
20		6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,			
		GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A.A.A. SEM QUEXAS ALGICAS					
AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO					
AREA DE SERVIÇO					
CONTEÚDO					

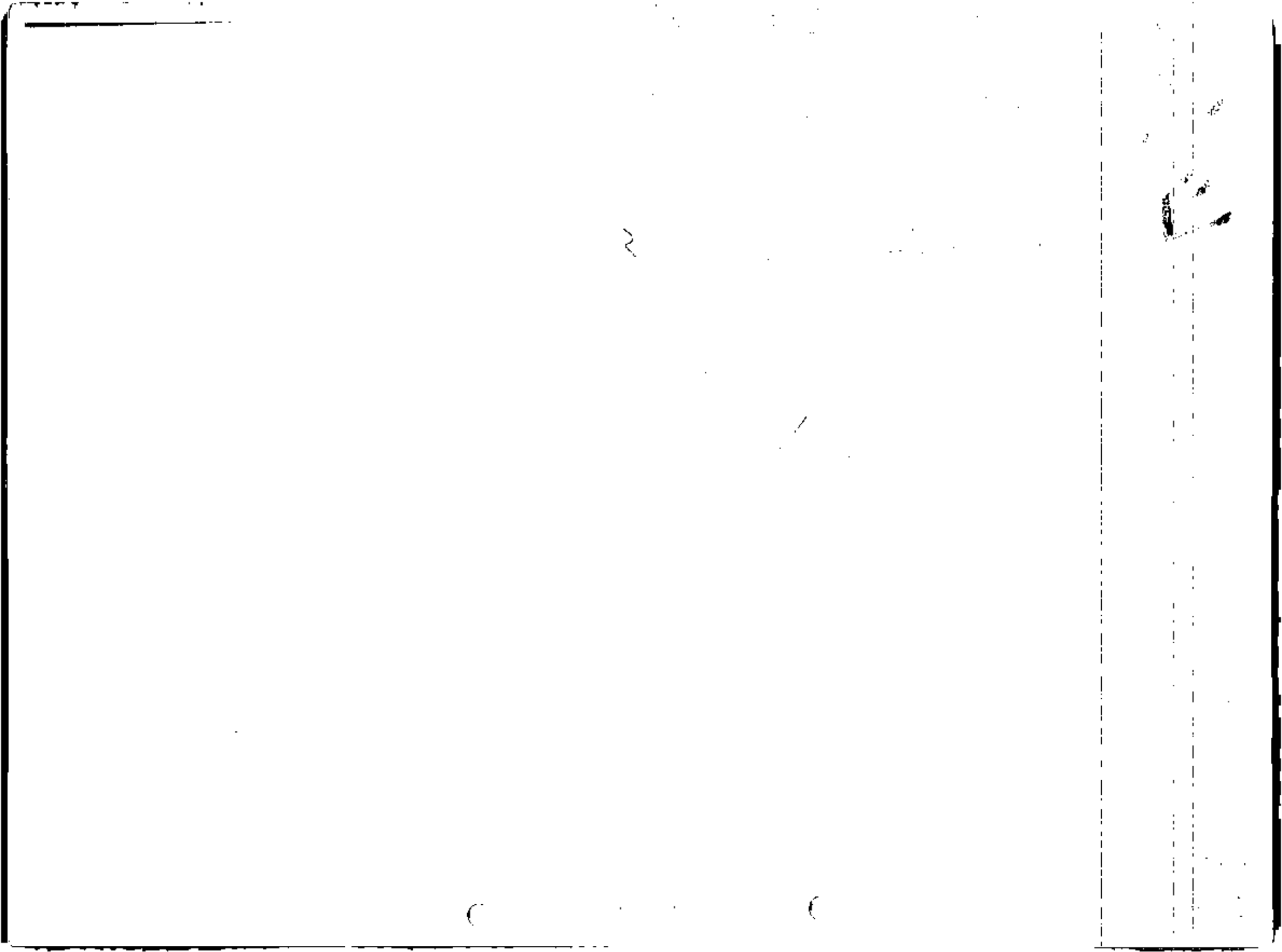
SINAIS VITAIS	T	P	P.A
6 H	36,2°C	82	150X90
12 H	36,2°C	86	146X91
18 H	36,2°C	89	130X99
24 H	36,2°C	84	200X100

MÉDICO: MARCELO MARQUES  
CRM 1918  
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.



Paciente necessita mais de  
uma tentativa para o acesso venoso  
5/11/2017

Rec. Inam.  
84h → PA: 200X100, adm. medicação  
cpm. ITEM (12)  
Rec. Xuv - se de dor. Adm medicação cpm.  
- remanes.





4013

		<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
<b>DATA DE ADMISSÃO</b>		<b>DIH</b>		<b>16/ago</b>	
<b>PACIENTE</b>		<b>ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA</b>			
<b>AGNÓSTICO</b>		<b>FRATURA DE COTOVELO DIREITO</b>			
<b>ALERGIAS</b>		<b>HAS NEGA DM2 NEGA</b>			
<b>IDADE</b>		<b>30 ANOS</b>		<b>LEITO</b>	
<b>ITEM</b>		<b>401-3</b>		<b>DATA</b>	
<b>PRESCRIÇÃO</b>		<b>25/08/2017</b>			
<b>1</b>		<b>DIETA ORAL LIVRE</b>			
<b>2</b>		<b>ACESSO VENOSO PERIFÉRICO</b>			
<b>5</b>		<b>DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N</b>			
<b>6</b>		<b>TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT</b>			
<b>7</b>		<b>PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)</b>			
<b>10</b>		<b>SSVV + CCGG 6/6 H</b>			
<b>12</b>		<b>CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS&gt; 160 E/OU PAD&gt; 110 MMMHG</b>			
<b>14</b>		<b>CURATIVO DIARIO</b>			
<b>CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS</b>		<b>12 18 24</b>			
<b>17</b>		<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>18</b>		<b>20</b>			
<b>19</b>		<b>20</b>			
<b>20</b>		<b>20</b>			

AREA DE SINCRONIZACAO DE CONTEUDO

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A.A.A. SEM QUEXAS ALGICAS AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

10:00 - Administração Tramal 0.5mg, Paciente queixando-se de dor intensa; Segue aos cuidados da Enfermeira, ARC

SINAIS VITAIS				
6 H	154x94	66	35°C	-
12 H	160x110	82	36°C	-
18 H	140x80	82	36.2°C	20
24 H	164x90.1	80	36.5°C	-



MÉDICO: MARCELO MARQUES  
CRM: 1918  
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

13hs Paciente apresenta dor torácica lateral esquerda nível 12. Segue os cuidados de Enfermeira - Trócarica com 02 713

18hs Pac. no leito, realizado procedimentos de higiene SSVV, adm. med. epm. Segue aos cuidados da enfermagem - sec. B

19:05 - 02/08/2017 Administração prescrição de Analgésico, medicação para insônia. Administração de soro no horário das 23:00h. Paciente está bem. Sem sinais de infecção. Tem. 36.5°C. 4/1/17

4013. *W*

		<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		16/ago DN	
PACIENTE <b>ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA</b>					
AGNÓSTICO <b>FRATURA SUPRAINTRACONDILEANA DIREITO</b>					
ALERGIAS		HAS		NEGA	
IDADE		LEITO		DATA	
30 ANOS		401-3		26/08/2017	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE			SND
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			manter
5		DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N			<i>02-06</i>
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT			<i>SIN</i>
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
10		SSVV + CCGG 6/6 H			rotina
12		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG			SND
14		CURATIVO DIÁRIO			
		CIPROFLOXACINO 400MG EV. 12/12 HORAS			
17		CLINDAMICINA 600MG EV. 6/6 HORAS			<i>16/ago 24h</i>
18		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)			
19		CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:			
20		6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,			
		GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A.A.A. SEM QUEXAS ALGICAS AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

ÁREA DE SINUSOIDES - IN  
CONTEÚDO



03 DEZ 2017

SINAIS VITAIS PA	FC	T	FR
6 H 151/94	59	36.5	
12 H 140/90	403	36	16
18 H 140/62	84	36.5	
24 H 159/100	80	36.5	

MÉDICO: MARCELO MARQUES  
CRM 1918  
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

Plantão Matutino: Pac em repouso no leito acordado, orientado. Mantém-se em med. adm. mod. CRM. Sem queixas no período. Segue sob cuidados da equipe de enfermagem. Teclatamira

401.3

		<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE <b>ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA</b>					
AGNÓSTICO <b>FRATURA SUPRAINTRACONDILEANA DIREITO</b>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	30 ANOS	LEITO	401-3	DATA	27/08/2017
ITEM: <b>PRESCRIÇÃO</b>					
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN D
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				antes
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rokna
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110.MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				M
	CIPROFLOXACINO 400MG EV. 12/12 HORAS D2				10-22
17	CLINDAMICINA 600MG EV. 6/6 HORAS D2				12-18 29-28
18	<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>				
19					
20					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A.A.A. SEM QUEXAS ALGICAS  
 AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO



22:00 Trocado AVP utilizado  
 6:22 em MID. Tel Franciele  
 Coura RA, 151318

ÁREA DE SERVIÇOS - P  
 CONTEÚDO

SINAIS VITAIS	PA	PC	T	FR	MÉDICO: MARCELO MARQUES CRM 1918 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.
6 H	140x90	62	36°C	17	
12 H	168/100	86	36.5°C	18	
18 H	157/99	81	36.5°C	19	
24 H	140/91	85	36°C	19	

Obs: Administrado medicações conforme  
 prescrição das 19:00 as 7:00. e aferi-  
 do sinais vitais as 22:00 e 6:00.  
 Sem intercorrência. Tel Franciele  
 Coura RA, 151318.

401-3

		<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
<b>DATA DE ADMISSÃO</b>		<b>DIH</b>		<b>16/ago</b>	
<b>DN</b>					
<b>PACIENTE</b> ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
<b>AGNÓSTICO</b> FRATURA SUPRAINTRACONDILEANA DIREITO					
<b>ALERGIAS</b>		<b>HAS</b>		<b>NEGA</b>	
<b>DM2</b>		<b>NEGA</b>			
<b>IDADE</b>		<b>30 ANOS</b>			
<b>LEITO</b>		<b>401-3</b>			
<b>DATA</b>		<b>28/08/2017</b>			
<b>ITEM</b>		<b>PRESCRIÇÃO</b>			<b>HORÁRIO</b>
<b>1</b>		DIETA ORAL LIVRE			S/N
<b>2</b>		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			mant
<b>5</b>		DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N			
<b>6</b>		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT			SV
<b>7</b>		PLASIL 10.mg EV 8/8h (S/N)			
<b>10</b>		SSVV + CCGG 6/6 H			10:00
<b>12</b>		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			5V
<b>14</b>		CURATIVO DIÁRIO			10:00
		CIPROFLOXACINO 400MG EV. 12/12 HORAS D3			10:00
<b>17</b>		CLINDAMICINA 600MG EV. 6/6 HORAS D3			12:15 24 06
<b>18</b>		<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),			
<b>19</b>		CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:			
<b>20</b>		6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,			
		GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>					

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A.A.A. SEM QUEXAS ALGICAS AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

ATA Hospitalar

Shirley

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

ÁREA DE SAÚDE  
CONTEÚDO

MÉDICO: MARCELO MARQUES  
CRM: 1918  
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.



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

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS**

PACIENTE Adriano Kenley Vieira 30 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 11/09/17, COM  
DIAGNÓSTICO DE fx condilo

NO DIA 18/09/17, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
OSTEOSSÍNTESE fx condilo SENDO

OPERADO PELO DR. Vitor Montalvão E DR. Vitor Amaral

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 20/09/17, ÀS 10:00h, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 09/10/17, ÀS 08:00h, COM O  
DR. ERNESTO BRUNO

ÁREA DE SINCRONIZAÇÃO  
CONTEÚDO DE

**ORIENTAÇÕES GERAIS:**

6/9/2017

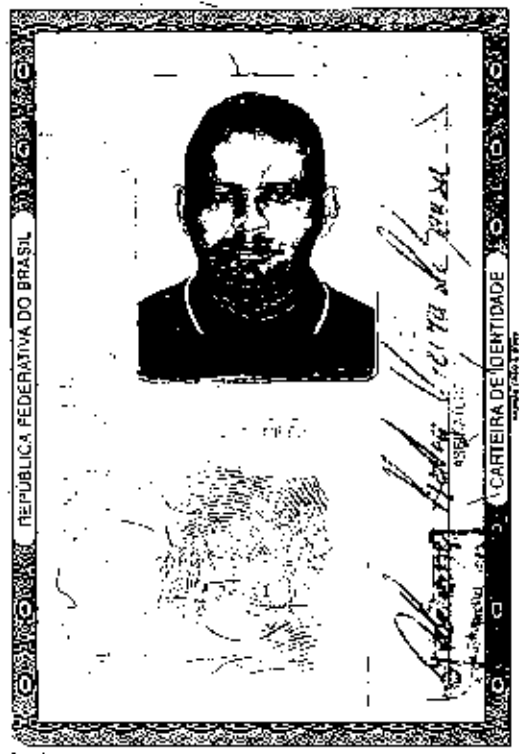
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Marcus

BOA VISTA,

20/09/17

Dr. Marcus Bruner  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 184774  
MÉDICO



Documento de Identidade

ÁREA DE SIMILARIDADE  
CONTEÚDO

98 022 201

16/08/1987



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2360219-8 DATA DE EMISSÃO 28/07/2014

NOME ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

FILIAÇÃO ANTONIO DOMINGOS BRASIL DE SOUSA

MARLETE VIEIRA DE SOUSA

SANTAREM-PA 16/08/1987

NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DOC. ORIGEM CERT. NASC. N. 65.542 FLS. 186

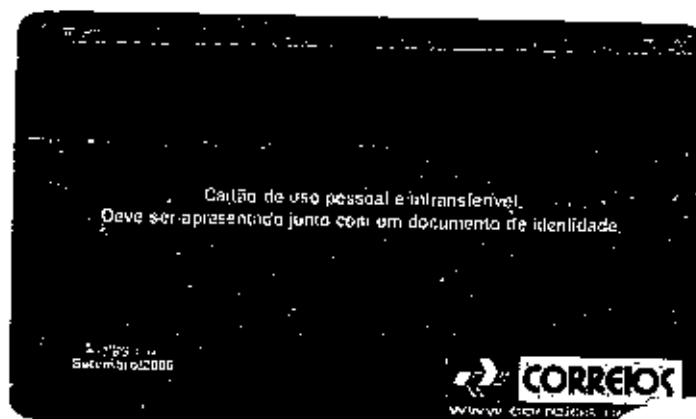
LV. 160A CART. 3. OF. SANTAREM-PA

CPS

PAC03-NSD

2A. VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



Jânia Helena  
(95) 99139-8405  
3224-6579



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Claudio Miro Vesancio de Lima,

RG nº 125446, data de expedição 1/1/,

Órgão SSP/TO, portador do CPF nº 851.270.511-68, com

domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de

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

BR 174, nº 522,

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

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

vítima Adriano Kerley V. de Sousa, cujo o condutor era

Adriano Kerley Vieira de Sousa.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda / CG 125 FAN

Ano: 2007

Placa: NAO 4016

Chassi: 9C2JC30707R 192739

Data do Acidente: 16/08/17

Local e Data: Boa Vista, 20/11/2017

ÁREA DE SINISTROS  
CONTEÚDO

01/12/2017

CARTÓRIO  
LOUREIRO

Claudio Miro Vesancio de Lima

Assinatura do Declarante

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

**CARTÓRIO LOUREIRO** DR. JOZIEL LOUREIRO - TABELÃO E REGISTRADOR  
AVENIDA VILLE ROY, Nº 566 - CENTRO - BOA VISTA/RR  
TEL: (68) 3624-6977 - ATUADIENTOS@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

RECONHECO VERDADEIRA a(s) assinatura(s)  
[2887xir07]-CLAUDOMIRO VESANCIO DE LIMA

da verdade. Boa Vista, 01/12/2017

Selo: 235 FONDE: URR: 0,24, FISCALIZAÇÃO: 0,12, FECON: 0,12, ISS: 0,12

THAYS COLTINHO WEBER-ESC. AUTORIZADA

THAYS COLTINHO WEBER  
Escritorinha Autorizada  
Cartório Loureiro



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

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

001.877.602-76

Adriano Kerley V. de Sousa

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

Nome completo

CPF titular da conta

Profissão

Adriano Kerley Vieira de Sousa

001.877.602-76

Tutor

Endereço

Número

Complemento

R: GAL. Penha Brasil

826

Bairro

Cidade

Estado

CEP

São Francisco

Boa Vista

Roraima

69.305-130

E-mail

Telefone (DDD)

9599153-5478

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

DIV

CONTA

NRO.

DIV

AGÊNCIA

NRO.

DIV

CONTA

NRO.

DIV

0653

(Informar dígito se existir)

51946

(Informar dígito se existir)

7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Boa Vista, 04 de Dezembro de 2017

Local e Data

*Adriano Kerley V. de Sousa*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

## FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: Força Aérea Brasileira Equipe: Tec. Jéssy / coord. Natalino  
 Paciente: ADRIANO KENLEY VIEIRA DOS SANTOS Idade: 30 Sexo: M  
 Endereço: R. Bacabeno C/ Ville Roy, Caruaru  
 Nº: 13217 DATA: 16/10/17 HORA: 18:35  
 Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Dr. Jéssy

MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO 8/10-0 18/35

## MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	MOTO:	VIOLÊNCIA	OUTROS
<input type="checkbox"/> Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Víctima <input type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> passageiro <input type="checkbox"/> pedestre <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	<input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão <u>colisão moto x carro</u> <b>BICICLETA:</b> <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão animal <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>colisão moto x carro</u>

## AVALIAÇÃO INICIAL

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
<input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstrução <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Outro: <u>E</u>	<input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> Maciez <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Otorria <input type="checkbox"/> Otorria <input type="checkbox"/> Rinite <input type="checkbox"/> Aparatamento alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV

## SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A. mmHg	F.C bpm	F.R bpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início <u>9:15</u>	<u>95</u>	<u>20</u>	<u>95</u>					
Fim								

## AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoco	Tórax	Abdome
<input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Olfato <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Sece <input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Abundante <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Dureza <input type="checkbox"/> Evisceração
Pelve	Coluna Cervical	Membros			
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações	<input checked="" type="checkbox"/> Fratura <u>Ass. de USG</u> <input type="checkbox"/> Amputação		

## AVALIAÇÃO CARDÍACA

## AFECÇÃO CLÍNICA

## HISTÓRIA PREGRESSA

<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibril	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Intestinal <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outra <u>trauma</u>	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros
---	--	---	---	--	--

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

☐ Cancelamento  
☐ Recusa de Atendimento  
☐ Não se encontra no local  
☐ Recusa de hospitalização  
☐ Troca  
☐ Bombeiro no local:

MÚLTIPLOS MEIOS AÇIONADOS  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 EM: 20/10/17  
Carimbo

☐ Iniciada as: ☐ Término as:

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

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

Atividade / Brasil

Destino: <input checked="" type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input checked="" type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input checked="" type="checkbox"/> Coronel Mota	Cosme e Silva HCSCA Maternidade Outros

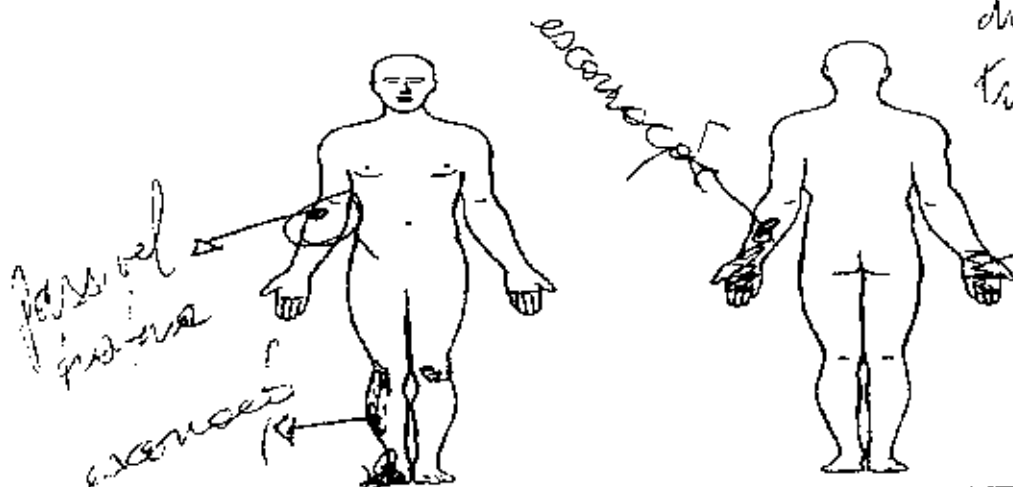
ERTE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

Última de colapso moto x cachorro encontrado de  
de cubito ~~distal~~. Verbalizando, orientado, lucido, loto  
e mesmo retirou o capacete, com possível fratura mso  
e escorço nos membros MMIS/MMSS, feito imobilizar

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Abertura Ocular	Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Frequência Respiratória (nº/1 min)	10 - 24	4	
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4		25 - 35	3	
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		≥ 36	2	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		01 - 08	1	
Resposta Verbal	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	Presença Síncope (nº/1 min)	0	0	
	Orientado	Beleuça	5		> 80	4	
	Confuso	Choro imitado	4		70 - 89	3	
	Palavras inapropriadas	Choro e dor	3		50 - 69	2	
Resposta Motora	Sons ou gemidos	Gemido e dor	2	Escala de Glasgow	01 - 49	1	
	Nenhuma	Nenhuma	1		0	0	
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6		14 a 15	5	
	Localiza a dor	Retira do toque	5		11 a 13	4	
	Flexão normal	Retira a dor	4		8 a 10	3	
	Flexão anormal	Flexão normal	3		5 a 7	2	
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		3 a 4	1	
	Nenhuma	Nenhuma	1				

15

SSCV preservado. infer  
vado as náuseas regulas  
dor que incorreu ao  
trauma.



ESCORÇO

fão. Just  
com RR  
(342249)

GESTANTE IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquido: _____ BCF: _____ <input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão		MATERIAL E MEDICAÇÃO 01. glicose 100ml 01. gelco 20 01. SF 500ml 01. compressa 01. soro 500ml		01. agulha 40x 01. soro 500ml 02. frasco 200g 02. chedura 01.	
---	--	--	--	---	--

02. frasco 15



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044614/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2017 12:40 Data/Hora Fim: 27/11/2017 13:00  
Origem: Polícia Judiciária Data: 27/11/2017  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 16/08/2017 18:00

Local do Fato

Município: Boa Vista  
Logradouro: Ville Roy

Bairro: Nossa Senhora

Ponto de Referência: Padaria Trigos  
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Santarém Sexo: Masculino Nasc: 16/08/1987  
Profissão: Pintor Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Raça/Cor: Parda  
Nome da Mãe: Mariete Vieira de Sousa  
Nome do Pai: Antonio Domingos Brasil de Sousa

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 2360219-8  
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 001.877.602-76

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua: General Penha Brasil Nº: 626 Complemento: Casa  
Bairro: São Francisco  
Telefone: (95) 99143-2277 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Renavam 0925063894	Placa NAO4016
Número do Chassi 9C2JC30707R192739	Ano/Modelo Fabricação 2007/2007
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN
Modelo HONDA/CG 125 FAN	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Adriano Kerley Vieira de Sousa	Proprietário



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 27/11/2017 13:00  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

## RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não é habilitado, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo sua motocicleta, também já descrita acima, onde a mesma está no Nome de CLAUDOMIRO VENANCIO DE LIMA, CPF 851.270.511-68, no sentido bairro - centro, onde colidiu em cachorro. Que perdeu o controle da motocicleta e caiu. Que sofreu lesões corporais e foi socorrido até o HGR por uma equipe do SAMU, onde foi constatada a fratura de seu cotovelo direito. Que no local não teve atendimento policial. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.

## ASSINATURAS



Jefferson Inacio Araujo  
Responsável pelo Atendimento

DPVAT

27 OUT. 2017



Adriano Kerley Vieira de Sousa  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) ou do(s) responsável(is) pelas informações acima assinadas e deito que serei responder civil e criminalmente pelo presente declaração que dá origem, conforme previsto nos Artigos 339 Denúncia em Culminação e 340 Constituição, Estatuto de Crimes ou de Contravenções e Código Penal Brasileiro."

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190032931 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 17/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

---

**Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190032931**

**Vítima: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA**

**Data do Acidente: 17/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190032931

Vítima: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000051946-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

001.877.602-76 Adriano Kerley Vieira de Sousa

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

Nome completo:

Adriano Kerley Vieira de Sousa

Profissão:

Funter

Endereço:

R: 624 - Penha Brasil

CPF:

001.877.602-76

Número:

826

Complemento:

Bairro:

João Francisco

Cidade:

Boa Vista

Estado:

Roraima

CEP:

69.305-130

E-mail:

Tel. (DDD):

(95) 9143-2277

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

RENDA 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:

0653

CONTA:

51946

7

(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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Boa Vista, 09/01/19

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura

2º Nome:

CPF:

14 JAN 2019

Assinatura

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

(\*) 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.

497910

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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA 551/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 23/10/2018**

**COMUNICANTE : ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA**

**RG: 2360219-8 - SSP-RR CPF- 001.877.602-76**

**ENDEREÇO: RUA GENARAL PENHA BRASIL - Nº 826**

**BAIRRO: SÃO FRANCISCO - UF: RR**

**SEXO: MASCULINO - PROFISSÃO: PINTOR**

**NATURALIDADE: SANTARÉM - ESTADO: PA**

**DATA DE NASCIMENTO: 16.08.1987- IDADE: ANOS. GRAU DE INST. ENS. FUND. – INCOMPLETO.**

**ESTADO CIVIL: Solteiro- TELEFONE: - Nº 99172-6020 REG. – CNH:**

**NOME DO PAI –**

**NOME DA MÃE: MARLETE VIEIRA DE SOUSA**

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 12:50 MIN. do dia 17/08/2018

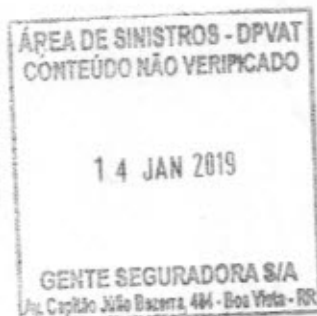
O comunicante acima qualificado, que não é habilitado, compareceu a esta especializada para informar que no dia, local e hora acima mencionados, dirigia a MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN ESDI, PLACA NÃO 4016, CHASSI 9C2JC30707R192739, de propriedade de CLAUDOMIRO VENANCIO DE LIMA, quando, segundo o comunicante, ao tentar sair com o referido veículo houve um problema no cabo da embreagem, e ao tentar acelerar perdeu o equilíbrio vindo a cair. Informa ainda que em decorrência da queda veio a fraturar o joelho direito, informando ainda que foi conduzido ao HGR pelo SAMU, e que este BOLETIM DE OCORRÊNCIA é somente para fins de SEGURO DPVAT. É o relato.

**OBSERVAÇÃO: ACIDENTE DE Trânsito com vítima.**

*Adriano Kerley Vieira de Sousa*  
**Adriano Kerley Vieira de Sousa**

Comunicante

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



*[Assinatura]*  
**Agente CARC. DE POLICIA CIVIL**  
Mat. 042000372



# 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:

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

Nome completo:

Adriano Kerley Vieira de Sousa

Profissão:

Funter

Endereço:

R: 624 - Penha Brasil

CPF:

001.877.602-76

Número:

826

Complemento:

Bairro:

João Francisco

Cidade:

Boa Vista

Estado:

Roraima

CEP:

69.305-130

E-mail:

Tel. (DDD):

(95) 9143-2277

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

RENDA 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:

0653

CONTA:

51946

7

(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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Boa Vista, 09/01/19

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura

2º Nome:

CPF:

14 JAN 2019

Assinatura

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

(\*) 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.

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000051946-7

---

Nr. da Autenticação 9CC46086C4C1C042



UNIDADE:

EQUIPE: Samuel e Betânia

Paciente: Adriano Kelys Mena de Souza  
Nacionalidade: brasileiro  
Endereço: Rua Romero Cruz

Idade: 32 Sexo: M

Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia

Bairro: 3 Francisco

Nº 15357

DATA: 17/08/18

HORA J/9: 12:51

BASE R VIA [ ]

[ ] RÁDIO

HORA J/10: 13:00

[ ] CELULAR

MOTIVO DO ACIONAMENTO:

queda de moto

ACIONAMENTO

☒ SOCORRO [ ] TRANSPORTE [ ] ATENDIDO NA BASE [ ] OUTRO

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ( ) / 1 a 3 horas ( ) / 4 a 24 horas ( ) / Mais de 24 horas ( ) / Não sabe ( )

AUTOMÓVEL

- ☐ Capotamento  
☐ Atropelamento  
☐ Colisão AUTO x                       
☐ Motorista  
☐ Passageiro Banco dianteiro  
☐ Passageiro Banco traseiro

PEDESTRE

- ☐ Atropelamento [ ] CICLOVIA  
☐ VIA [ ] CALÇADA [ ] FAIXA

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL

- ☐ Uso do cinto  
☐ Vítima projetada  
☐ Vítima encarcerada  
☐ Air Bag Acionado

MOTOCICLETA / BICICLETA

- ☐ Colisão MOTO X                       
☒ Queda de moto ☒ Com capacete  
☐ Atropelamento ☐ Sem capacete  
☐ Queda de Bicicleta  
☒ Piloto [ ] Garupa

VIOLÊNCIA

- ☐ FAB  
☐ FAF  
☐ Espancamento  
☐ Violência Doméstica  
☐ Violência Sexual  
☐ Tentativa de suicídio  
☐ Outro:

OUTROS

- ☐ Ac. De Trabalho [ ] Local [ ] Trajeto  
☐ Queda, Altura aprox.:                       
☐ Acidente Doméstico  
☐ Queimadura Agente                       
☐ Afogamento  
☐ Agressão p/ animal                       
☐ Outros:

VIAS AÉREAS

- ☒ Livre  
☐ Obstrução Parcial  
☐ Obstrução Total  
☐ Corpo estranho  
☐ Edema de Glote  
☐ Outro:

VENTILAÇÃO

- ☒ Eupneico  
☐ Apnéia  
☐ Dispnéia  
☐ Bradpneia  
☐ Taquipnéia  
☐ Roncos  
☐ Sibilos  
☐ Respiração paradoxal

AValiação INICIAL

CIRCULAÇÃO

- ☒ Normocárdico  
☐ Bradicárdico  
☐ Taquicárdico  
☐ Arritmico  
☐ Enchimento capilar acima de 2"  
☐ Ausente  
☐ Cianose central  
☐ Cianose de extremidade

AVAl. NEUROLÓGICA

- ☒ AVDN 15  
☐ Miose  
☐ Midriase  
☐ Anisocoria [ ] D [ ] E  
☐ Aparentemente Utilizado  
☒ GLASGOW 15

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APGAR
Início <u>13:19</u>	<u>140x86</u>	<u>88</u>	<u>20</u>	<u>99</u>			<u>4</u>	
Fim <u>13:23</u>	<u>140x83</u>	<u>86</u>	<u>20</u>	<u>99</u>			<u>4</u>	

AVAliação SECUNDÁRIA

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA						
Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax		Abdome
<input checked="" type="checkbox"/> Corada <input checked="" type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. penetrante	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Subcutâneo	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Contusão pulmonar <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração	
Pelve	Coluna Dorsal	MMSS	MMII ①	OCULAR	VERBAL	MOTORA
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade <input type="checkbox"/> Crepitação	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Crepitação	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Crepitação	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Fratura 22 <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Crepitação	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 3 Ad comando 2 A dor 1 Sem resposta	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado 4 Confuso 3 Palavras inapropriadas 2 Palavras incompreensíveis 1 Sem resposta	<input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos 5 Localiza a dor 4 Movimento de retirada 3 Flexão anormal 2 Extensão anormal 1 Sem resposta

AVAliação CARDIACA

- ☒ Ritmo Sinusal  
☐ Taquicardia  
☐ Bradicardia  
☐ Filuter  
☐ Fibrilação atrial  
☐ Fibrilação ventricular  
☐ Assistolia

AFECÇÃO CLÍNICA

- ☐ Respiratória  
☐ Neurológica  
☐ Psiquiátrica  
☐ Metabólica  
☐ Cardiovascular  
☐ Aborto  
☐ Digestiva  
☐ Infecçiosa  
☐ Obstétrica  
☐ Outra

HISTÓRIA PEGRESSA

- ☐ Diabetes  
☐ Cardiopatia  
☐ HAS  
☐ Medicação de uso:                       
☐ Alergias  
☐ Outros

GRAVIDADE PRESUMIDA

[ ] ILESO ☒ PEQUENA [ ] MÉDIA [ ] SEVERA

[ ] ÓBITO EVIDENTE

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

- ☐ Polícia Militar  
☐ Guarda Municipal  
☐ SMTRAN  
☐ Bombeiro  
☐ Outros:

OBSERVAÇÕES

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bazzera, 444 - Boa Vista - RR

CONFERE COM ORIGINAL  
EM 21/08/18



**ALINE DE ALMEIDA CAVALCANTE**

R. GAL PENHA BRASIL, 826, 1

SAO FRANCISCO

69305130 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO

MÊS

PERÍODO DE CONSUMO

104310

12/2018

29-NOV-18 a 28-DEC-18

CONSUMO (kWh)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

353

16-JAN-19

RS 315,12

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada

- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO -  
BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO

MÊS

TOTAL A PAGAR

104310

12/2018

RS 315,12

836300000038.151200750009.000000000109.431012180052



Jânia Helena  
(95) 99139-8405  
3224-6579



# vivo

Nº da Conta: 0220918873  
Mês de referência: 12/2018  
Período: 06/11/2018 a 05/12/2018  
Data de emissão: 07/12/2018

www.vivo.com.br/meuvivo

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

Telefônica Brasil S.A.  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 957  
CEP 69.305-025 - Boa Vista - RR  
I.E.: 240108035  
CNPJ Matríz: 02.558.157/0001-62  
CNPJ Filial: 02.558.157/0016-49

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

Vencimento  
21/12/2018

Total a Pagar - R\$  
44,99

Seus Números Vivo  
95-99113-5885

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

### Vivo Valoriza

Saldo de pontos acumulados: 705  
Na data de: 22/11/18  
Saldo referente a conta 0220918873 no  
Vivo Valoriza. Para saldo atual, envie SMS  
com a palavra SALDO para 8011.

### O que está sendo cobrado

	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
<b>Serviços Contratados</b>						
VIVO CONTROLE DIGITAL-2GBILIM	1	1	44,99	-	-	44,99
VIVO CONTROLE SERV DIGITAL II	1	1	0,00	-	-	-
<b>Subtotal</b>						44,99

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

TOTAL A PAGAR

44,99

### MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em [www.vivo.com.br/meuvivo](http://www.vivo.com.br/meuvivo) e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.

\* Em 30/11, ocorreu a incorporação da Telefônica Data S.A. pela Telefônica Brasil S.A. A partir de 1/12, os serviços serão prestados e faturados pela Telefônica Brasil, sem necessidade de qualquer providência do cliente e os valores e benefícios dos serviços permanecerão iguais. \*\* App Meu Vivo. É o jeito mais prático de acessar a sua conta detalhada, 2ª via de conta, consumo de internet e muito mais! Baixe agora em [vivo.com.br/app](http://vivo.com.br/app) e navegue sem consumir seu pacote de dados \*

Agradecemos pagamentos recebidos até a emissão desta conta. Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.

# vivo

Nome do Cliente

TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO

Vencimento

21/12/2018

Total a Pagar - R\$

44,99

Cód. Débito Automático 0220918873-8

Nº da Conta 0220918873

Mês Referência 12/2018

846200000004

449900750018

102209188733

121851812218

Autenticação Mecânica



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

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

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

inscrito (a) no CPF/CNPJ 421.026.772 / 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Adriano Kerley Vieira de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.877.602 / 76

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Adriano Kerley V. de Sousa

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.877.602 / 76, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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: R: Antônio Augusto Martins

Número: 347

Complemento: Casa

Bairro: São Francisco

Cidade: Bela Vista

Estado: RR

CEP:

69.305-270

E-mail:

passina\_medeira@hotmail.com

Tel.(DDD):

(95) 99139-8405

Local e Data: Bela Vista, 09/01/19

Tânia Helena Fracalossi de Melo

Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GEENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bazzera, 444 - Bela Vista - RR

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Claudemiro Venancio de Lima,

RG nº 825.446, data de expedição 1/1/,

Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 861.270.511-68, com

domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de

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

BR 174, nº 522,

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

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

vítima Adriano Kerley Vieira de Sousa, cujo o condutor era

Adriano Kerley Vieira de Sousa.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda / CG 125 FAN

Ano: 2007

Placa: NAO 401G

Chassi: 9C2 JC 30707 R 19 2739

Data do Acidente: 17/08/2018

Local e Data: Boa Vista, 23/10/18

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GENTE SEGURO S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

Claudemiro Venancio de Lima  
Assinatura do Declarante

Adriano Kerley Vieira de Sousa

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

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



**CARTÓRIO LOUREIRO**  
DR. JOZIEL LOUREIRO  
TABELÃO E REGISTRADOR  
AV. VILLA BOA, Nº 545 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (067) 3624-6077 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC. VERDADEIRA a(s) assinatura(s)  
[1u5z6c90]-CLAudemiro VENANCIO DE LIMA e [1u5z6c90]-ADRIANO  
KERLEY VIEIRA DE SOUSA  
[1u5z6c90] Em testemunho da verdade. Boa Vista, 08/01/2019  
Emol: 4,80, FUNDEJURR: 0,48, FISC: 0,24, FECON: 0,24, ISS: 0,24  
Selo: REC FIR 1583452R68JSADXHATH47 e  
REC FIR 158345BN42LH1K03THDZ35 e  
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>  
CPF Solicitante: 85127051168

Thays Caroline Weber  
Escritorinha Autorizada  
Cartório Loureiro

1800996744 17/08/2018 13:43:10 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 19

Paciente: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA Data Nascimento: 16/08/1987 Idade: 31 A 0 M 1 D CNS: 700000571107901 CPF: 00187760276 Prontuário: 00159637

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SSPAM Data Emissão: 28/07/2014 Sexo: M Estado Civil: NAO Raça/Cor: PARDA Naturalidade: SANTAREM - PA Nacionalidade: BRASILEIRA

Mãe: MARLETE VIEIRA DE SOUSA Contato: ANTONIO DOMINGOS BRASIL DE SOU (95) 99143-2277

Endereço: AVENIDA - GENERAL PENHA BRASIL - 829 - SAO FRANCISCO - BOA VISTA - RR Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:

Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Procedimento Sol.: Registrado por: MICHELE CAVALCANTE

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

Anamnese de Enfermagem: "Queda de moto"

GSC: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL: 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h): Paciente (Adriano) relata queda de moto com trauma contínuo na região do joelho (D).

Exame Físico: REG. JOELHO: supinado, com dor à palpação na região do joelho (D) (mobilizado). Fratura platis tibial Schatzky II.

Hipótese Diagnóstica: Ex: fr. + tala imobilizadora = Ex. Ri-op + Curativo + Oint. + Analg.

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

PRESCRIÇÃO: Medicamento prescrito pelo SAMU

APRAZAMENTO: OBSERVAÇÃO:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Bda. Silva de Moraes, 3308 - AEROPORTO Novo Planalto - Tel: (95) 2121-0000

AUTENTICAÇÃO: 28 SET 2018

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☒ Transferência para: Hospital

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: michele.cavalcante Data Hora: 17/08/2018 13:43:48

1800996744

Osteopatia Dr. Vitor Montenegro

Quinto de nota / tornou em julho @

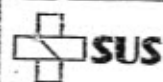
As 2x - fotos de placas + bnd

As imobilizações + internação

Dr. Leonardo Kabe  
Residência em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 1715







Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Rayna

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

A CR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

A CR

2 - CNES

4 - CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Adriano Kuley V. de Sousa

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71010101015171111017191011

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/08/87

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

159637

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Marlete Vieira de Souza

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Av. General Penha Brasil - 829 - São Francisco

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

fx photo fibril @

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

pto cr

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

Re - exames - ec. fscs

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

fx photo fibril

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Vitor M. / Dr. Leonardo R3.

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

17/08/18

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

Dr. Rabelo

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

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. Órgão Emissor

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0308010019




5821

T068

V299

até 24-8

119-4

		<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		DIH		DN	
PACIENTE <i>Adriano Kenley V. eiro de Sauro</i> AGNÓSTICO <i>Ex. foto fibril</i> ALERGIAS <i>Nego</i> HAS <i>Ø</i> DM2 <i>Ø</i> IDADE <i>31</i> LEITO DATA <i>17/08/18</i>					
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>S.V.</i>
2	SF 0,9% 500ML EV 12/12H				<i>11h 00'</i>
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSPENSO
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>S.V.</i>
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				<i>18h 24' 06/12</i>
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>S.V. 2h</i>
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>S.V. 2h</i>
11	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Rotina</i>
12	CURATIVO DIÁRIO				<i>Realiz</i>
13					
14					
15					
16					
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</b> <b>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

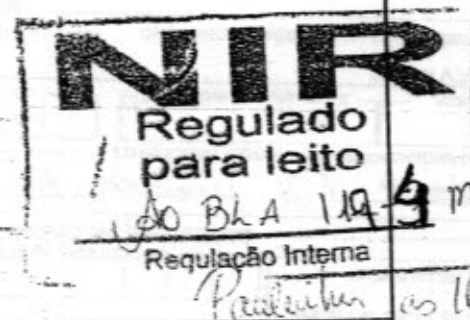
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,  
 # ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO,  
 AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,  
 HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TAX
6H				
12H	138/69	76	20	36,5
18H	149/93	74		36,5
24H	121/93	62		36,5



Dr. Fernando Rezende  
 CRM-RR 2007  
 Residente de Ortopedia e  
 Traumatologia

06 154/79 76

50



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



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <b>ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA</b>					
AGNÓSTICO <b>FX PLATO TIBIAL D</b>					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
		<b>119-4</b>		<b>18/08/2018</b>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SW
2	AVP PERVO				
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				12
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SW
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				17-18-19-20
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				14-15-16-17-18-19-20
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SW
11	SSVV + CCGG 6/6 H				10h
12	CURATIVO DIÁRIO				u
13					
14					
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>					

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
 Av. Arlindo, Eduardo Gomes, 500  
 Novo Planalto - Tel: (95) 2121-0810  
 AUTORIZAÇÃO  
 2 de 5 de 2018  
 Certificado de que o presente  
 documento foi apresentado neste

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

#SOLICITADO:  
 #CONDUITA: MANTIDA




PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA				
SINAIS VITAIS	PREVISÃO DE ALTA	SEM PREVISÃO	FR	TCX
6 H	PA	FC		
12 H	170/100	67	-	36°C
18 H	150/90	65	-	36,1°C
24 H	150/90	69		

Dr. Fernando Rezende  
 CRM-RR 2007  
 Residente de Ortopedia e  
 Traumatologia

Realizado medicações e SSVV, segue cuidados  
 OGLs 124/85 62  
 Plantas noturno. Adm. medicações CPM. Agendo  
 SSVV. Segue aos cuidados da enfermagem.

Serviço de Ortopedia e Traumatologia  
 18/08/2018



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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
------------------	-----	----

PACIENTE **ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA**

AGNÓSTICO **FX PLATO TIBIAL D**

ALERGIAS

IDADE

LEITO **119-4** DATA **19/08/2018**

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 AVP PERVO

4 TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA

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

8 DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H

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

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

11 SSVV + CCGG 6/6 H

12 CURATIVO DIÁRIO

13

14

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),

CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;

351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE

50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,

ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,

ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

SINAIS VITAIS

# PREVISÃO DE ALTA - SEM PREVISÃO

6 H PA FC FR

12 H

18 H 144x87 81 36.6°C

24 H 150x90 67

Dr. Fernando Rezende

CRM-RR/2007

Residente de Ortopedia e

Traumatologia




24x06 hys adm. med. captopril 2x1 2x1

24hys adm. med. Tramal 100mg, porque paciente está

cl dor intensa. Realizado bbv no período.

Luciane A. Lima  
Téc. em Enfermagem  
CORREÇÃO 08/03/2018

119-4

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
------------------	-----	----

PACIENTE	ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA
----------	--------------------------------

AGNÓSTICO	FX PLATO TIBIAL D
-----------	-------------------

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

IDADE	LEITO	119-4	DATA	20/08/2018
-------	-------	-------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL LIVRE	24
---	------------------	----

2	AVP PERVIO	12
---	------------	----

4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	12
---	-----------------------------	----

7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	12
---	---------------------------------	----

8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H	12
---	-------------------------------	----

9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	12
---	---	----

10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	12
----	---	----

11	SSVV + CCGG 6/6 H	12
----	-------------------	----

12	CURATIVO DIÁRIO	12
----	-----------------	----

13		
----	--	--

14		
----	--	--

15		
----	--	--

16		
----	--	--

17		
----	--	--

18		
----	--	--

19		
----	--	--

20		
----	--	--

	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),	
--	--	--

	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;	
--	---	--

	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE	
--	---	--

	50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	
--	-----------------------------------	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

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

# SOLICITADO:




# CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA			
SINAIS VITAIS	PREVISÃO DE ALTA	SEM PREVISÃO	FR
6 H	PA	FC	
12 H	130x80	68	
18 H	150x90	68	
24 H	129x87	72	

06h 135/90 59

Dr. Fernando Rezende  
CRM-RR 2007  
Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

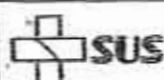
119-4

		<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		DIH		DN	
<b>PACIENTE</b> ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
<b>AGNÓSTICO</b> FX PLATO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
		119-4		20/08/2018	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE			SND
2		AVP PERVO			1000cc
4		TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA			12
7		METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			12
8		DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H			12
9		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			12
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			12
11		SSV + CCGG 6/6 H			12
12		CURATIVO DIÁRIO			12
13					
14					
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>					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE #EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. #SOLICITADO: #CONDUITA: MANTIDA					
#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA SINAIS VITAIS #PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	100x65	78	19	35,5	
18 H	100x90	76		35,9	
24 H	100x90	74			
				Dr. Fernando Rezende CRM-RR 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia	

CG 320/80 75  
 up: 02. Repente no local, sem febre

Soraia Pimenta Cavalcanti  
 COREN/RR 361787-TE

Nº



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

H.C.R.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Ortopedia

4 - CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Adriano Kerley Vieira De Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/08/18

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pront 8º de 31 anos de idade  
com fratura platis tibial (17)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

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

História de trauma + radiografia

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - Cód 10 PRINCIPAL 22 - Cód 10 SECUNDÁRIO 23 - Cód 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fratura de Platis Tibial (19)

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Descompressão de fratura de Platis Tibial (19)

26 - CLÍNICA

27 - CARRERA DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO

30 - CNIS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Paracat

12/08/18

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

34 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

36 - Nº DO BILHETE

37 - SÉRIE

38 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNIE DA EMPRESA

41 - CBOES

42 - ACIDENTE DE TRABALHO TRÁFEGO

43 - VEÍCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

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

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

12/08/18

0408050551  
5821  
V295

24.8





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Edmundo Kerley Vieira  
De Souza

Data: 24.08.18 O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em D.D.H. sob anestesia
- 2) Antépsia e limpeza
- 3) Campos estériles
- 4) Incisão longitudinal + divulsão do plano do  
vasto lateral do fêmur de fratura
- 5) Redução + fixação com placa de 10  
parafusos
- 6) Incisão longitudinal subcutânea + colocação de  
03 parafusos para estabilizar a placa
- 7) Controle radiológico
- 8) L.M.C
- 9) Sutura + curativo



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amor e Fôlego das Borboletas"

# FICHA DE ANESTESIA

ADRIANO K. V. DE SOUZA, 32 A

24-06-18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

- morfina 5 mg  
- paracetamol 100 mg

Nº

Bom Vista - R

AGENTES	15 30 45 1 15 30 45 1 15 30 45 1 15 30 45											
	15	30	45	1	15	30	45	1	15	30	45	1
DA	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
X	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
USO	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
O	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
ANES	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
X	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
OP	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
O	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
ASPIR	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
A	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
RESP	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
O	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Expir	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Acid	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Conto	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A bupivacaína 0.5% 16.5 mg		Pericardiotomia hipotônica	x - Check list: monitorização, avaliação e compensação
B		lamba simples L3-L4	1 - O2 sob um alim
C		via mediana c1 Ag 26	2 - Aspiração e Antisepsia
D		200 cmH2O oxigênio	3 - Alívio da lamba
E		med	4 - Alívio da pericardiotomia
F			5 - Alívio da L3-L4
G			6 - Antitrombótico 10 mg
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Cálculo - Meta / O2 Fatores em alim	7 - Antitrombótico 10 mg
HECO		Meta / O2 Fatores - Carga	8 - Antitrombótico 10 mg
SANGUE		Est - Temp - Colóide de Teflon	9 - Antitrombótico 10 mg
5% 0.9% 1500 mL		Sob Microscópio	10 - Antitrombótico 10 mg
		Dificuldade Técnica	11 - Antitrombótico 10 mg
TOTAL	1500 mL	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	osteoossintese de placa tibial	11:30 a 12:30	
ANESTESIA	Dr. Michel	CÓDIGO	Dr. Michel
		PERDA SANGÜEA	

Michel M. M. de S.

CRISTIANE M. de S.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	319	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Adriano Kerley Viana de Sousa	119-4	00159637	24	1.08 / 18

## CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO
Osteossíntese Fratura Platô Tibial "D"	INICIO FIM TEMPO TOTAL
	11:35 12:20

## EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	Dr. Michel
Dr. Vitor Paracat	RES. ANESTESIA:	Ri Jexi
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	Ri Odinach
Dr. Elder		
2º AUXILIAR	CIRCULANTE	Kelly / Adenilton
Ri Fernando		

TIPO DE ANESTESIA: Raqui	TEMPO DE DURAÇÃO:
--------------------------	-------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VAL
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
<input type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 20	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURIN Nº 21			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		<input type="checkbox"/>	FIO SEDAN Nº Ataduro 30cm	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL Equipa marca	
1	SERINGA 03ML		20g	CERA P/OSSE Gel condutor	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 05ML		1	KIT CATARATAN Cataracta	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Escavita	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
<input checked="" type="checkbox"/>	Clotodes		100ml	OUTROS: Cloridina, Alcodica	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VAL
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	Suelen Silene Bruno	SUB- TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
	Kelly / Adenilton	TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				TRANSOPERATÓRIO				SRPA			
Nome: <u>2410841P</u>	Idade: <u>31a</u>	Cirurgia Realizada: <u>Prostetização de Mão Esquerda</u>		Inicio da Anestesia: <u>11:15</u>	Termino Cirurgia: <u>12:30</u>	Saida S.O.: <u>12:30</u>	Cirurgia Realizada: <u>Prostetização de Mão Esquerda</u>	Anestesia: <u>Prostetização de Mão Esquerda</u>	SRPA		
Diagnóstico: <u>Lesão da Mão Esquerda</u>	Exame: <u>Exame Físico</u>	Cirurgia Proposta: <u>Prostetização de Mão Esquerda</u>		Posição: <u>Prone</u>				Localização: <u>Mão Esquerda</u>			
3. Anestesia: <u>Local</u>	4. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	5. Outros: <u>Exame Físico</u>									
6. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	7. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	8. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
9. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	10. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	11. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
12. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	13. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	14. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
15. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	16. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	17. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
18. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	19. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	20. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
21. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	22. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	23. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
24. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	25. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	26. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
27. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	28. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	29. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
30. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	31. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	32. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
33. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	34. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	35. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
36. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	37. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	38. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
39. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	40. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	41. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
42. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	43. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	44. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
45. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	46. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	47. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
48. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	49. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	50. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
51. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	52. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	53. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
54. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	55. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	56. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
57. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	58. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	59. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
60. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	61. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	62. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
63. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	64. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	65. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
66. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	67. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	68. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
69. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	70. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	71. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
72. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	73. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	74. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
75. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	76. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	77. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
78. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	79. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	80. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
81. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	82. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	83. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
84. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	85. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	86. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
87. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	88. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	89. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
90. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	91. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	92. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
93. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	94. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	95. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
96. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	97. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	98. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
99. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	100. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	101. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
102. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	103. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>	104. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>									
105. Sinais Vitais: <u>PA 120/80 mmHg</u>											



ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Adalberto Viana de Sousa  
Idade: 40 anos  
Sexo: M  
Profissão: Engenheiro

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Alentejano  
☒ Sítio Cirúrgico  
☒ Procedimento  
Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO  
☒ Aplicar ☒ Não se Aplicar

RISCO DE RM. RACADO  
☒ Sim ☐ Não se Aplicar

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA  
CONCLUIR

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA  
☒ Não ☐ Sim, Qual: \_\_\_\_\_

VIA AÉREA DIFÍCIL, RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não ☐ Sim, e equipamento disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não ☐ Sim, e uso adequado de planejamento  
com fluidos

Anestesiologista: Dr. Medeiros

SAÍDA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIA, ANESTESIOLOGIA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente  
☒ Sítio cirúrgico  
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☐ REVISÃO DO CIRÚRGICO:  
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 instrumental, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFISSÃO ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica ☐ Sim, Qual: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

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 Aplicam

3. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☐ Não

☐ O CIRÚRGIO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

Assinatura do Cirurgião

NOME: Adriana K. de Souza

**SAB - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**CENTRO CIRÚRGICO/SRPA**

**TRANSPERATÓRIO**

SRPA

**DADOS PRÉ-OPERATÓRIO**

Unidade: 24/08/11

Reg. Idade: 31a.

Diagnóstico:

Intervenção:

Outros:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Entrada na Sala: 11:00 Início da Anestesia: 11:15 Término Cirurgia: 12:30 Saída S.O.: 12:30

Cirurgia Realizada: Raque. Anestesia: Dorsal

Intervenção:  Antibiótico:  Hemoderivação:

Intervenção:  Soro:  Plasma:  Plásmico:

Intervenção:  Soro:  Plasma:  Plásmico:

Intervenção:  Soro:  Plasma:  Plásmico:

Intervenção:  Soro:  Plasma:  Plásmico:

Intervenção:  Soro:  Plasma:  Plásmico:

Intervenção:  Soro:  Plasma:  Plásmico:

Intervenção:  Soro:  Plasma:  Plásmico:

Intervenção:  Soro:  Plasma:  Plásmico:

Intervenção:  Soro:  Plasma:  Plásmico:

Intervenção:  Soro:  Plasma:  Plásmico:

Intervenção:  Soro:  Plasma:  Plásmico:

Intervenção:  Soro:  Plasma:  Plásmico:

Intervenção:  Soro:  Plasma:  Plásmico:

Intervenção:  Soro:  Plasma:  Plásmico:

Intervenção:  Soro:  Plasma:  Plásmico:

Intervenção:  Soro:  Plasma:  Plásmico:

Intervenção:  Soro:  Plasma:  Plásmico:

Cirurgia Realizada: Raque.

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Anestesia:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

SRPA

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:

Intervenção:



GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Ostiossintese Fratura Platô Tibial "D"

Data: 24 / 08 / 2018

Nº. DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

Paciente: Adriano Kerley Vieira de Sousa Idade: 31 a

Bloco: A Enfermaria 119 Leito: 04

Caixa: Cx Grandes Fragmentos Nº \_\_\_\_\_

Circulante: Kelly / Adenilton Sala 04

Conferência Expurgo CME: \_\_\_\_\_

Material Utilizado:

Placa longa 10 furos 1

Parafuso cortical n° 381 461 301

— " — esponoso n° 701 ; 651

*Dr. Odineci Okemini*  
Médico Responsável  
Ortopedia e Traumatologia

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <b>ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA</b>					
AGNÓSTICO <b>FX PLATO TIBIAL D</b>					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO <b>119-4</b>		DATA <b>23/08/2018</b>	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP PERVIO				mantido
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				16
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				S/N
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				18 24/06 12
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				24/30
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
11	SSVV + CCGG 6/6 H				notina
12	CURATIVO DIÁRIO				curativo
13					
14					
15					
16					
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</b> <b>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

**# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:**



SINAIS VITAIS	PREVISÃO DE ALTA	SEM PREVISÃO	FR
6 H	PA	FC	FR
12 H	133/83	65	—
18 H	140x70	73	21
2324 H	142x70	71	—

Dr. Fernando Bezende  
 CRM-RR 2007  
 Residente de Ortopedia e  
 Traumatologia





119-4

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
	PRESCRIÇÃO MÉDICA		

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE <i>Adriano Kerley Vieira De Souza</i>			
DIAGNÓSTICO <i>Fratura platis tibial (D)</i>			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE		-p S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		-p S/N
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		-p 12/18
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		-p 12/18
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		-p 12/18
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		-p S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		-p S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		-p S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		-p S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H		-p S/N
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		-p S/N
14	CURATIVO DIARIO		-p S/N
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:

Dr. Odinachi Okemiri  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 1851/RR

SINAIS VITAIS				
6 H	161/112	58	-	36,4
12 H				
18 H	169-103	-	81	- 36,5
24 H	140x70	95		

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

186 Admissão de medicamentos de horário, e item 06, após paciente relatar dor intensa. Unifido de SSVV.

Geandria dos Santos Pereira  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 751.380-TEC



GOVERNO DE  
RORAIMA  
HOSPITAL GERAL DE

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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA		
AGNÓSTICO FX PLATO TIBIAL D		
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA
119-4	24/08/2018	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP PERVIO	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H	
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
11	SSVV + CCGG 6/6 H	
12	CURATIVO DIÁRIO	
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:			
SINAIS VITAIS	SEM PREVISÃO		
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. Fernando Rezende  
CRM-RR 2007  
Residente de Ortopedia e  
Traumatologia



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



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <b>ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA</b>					
AGNÓSTICO <b>FX PLATO TIBIAL D</b>					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO <b>119-4</b>		DATA <b>25/08/2018</b>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S.N.D
2	AVP PERVIO				<i>manter</i>
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				<i>2x</i>
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>S.N</i>
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				<i>12-18-24-30-06</i>
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>4h S.N. 15h-23</i>
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>Atenção</i>
11	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Rotina</i>
12	CURATIVO DIÁRIO				<i>R.O.T. ma.</i>
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ; 351-400: <b>8UI</b> ; $\geq 400$ : <b>10 UI</b> E OU GLICOSE $\leq 70$ DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,

ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,

ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

6 H	PA	FC	FR	
12 H	139x98	62	20	36°C
18 H	149x95	65	20	35,8°C
24 H	15x10	75	20	36°C

Dr. Fernando Rezende  
 CRM-RR 2007  
 Residente de Ortopedia e  
 Traumatologia

*Plantão diário: Paciente estável, sem entorço, queixa-se de dor, realizado a adm. do item 9 três vezes relatado, adm. merm. O ferido ssvv, nada mais a relatar.*

Rosângela A. Delmir  
 Téc. em Enfermagem  
 COREN-RR 663560



GOVERNO DE  
RORAIMAHOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA	
AGNÓSTICO	FX PLATO TIBIAL D	
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA
	119-4	26/08/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	8h
2	AVP PERVO	10h
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	10h
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	10h
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H	10h
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	10h
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	10h
11	SSVV + CCGG 6/6 H	10h
12	CURATIVO DIÁRIO	10h
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

## # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO



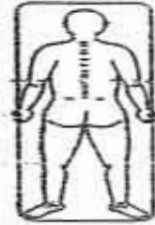

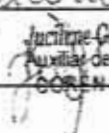
6 H	PA	FC	FR	
12 H	16x10	87	20	35.9
18 H	150x90	80	19	36
24 H	16x107	80		36C

Dr. Fernando Rezende  
CRM-RR 2007  
Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

ND

09:00 Realizado troca de fup, em ms Dilatado 20.  
12h 130x81 mmHg F85.  
Plantão noturno, administrado medicações e  
hemácias afundo, SSVV e curativos e gesso.

Nome: Adriano, Kerley Ruzira da Silva

DATA: <u>26/08/13</u>	Localização / Região: <u>M. 1</u>	DATA:	Localização / Região:
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I x 2 <input type="checkbox"/> GRAU - II	 	<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	 
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perilesional:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>Diário</u>		
Cz bo e ass. Tê. em Enfermagem	01- <u>Jucilene Gomes de Lima</u> Auxiliar de Enfermagem COREN RR 389.803	02- <u>Ana Carolina da Silva Loren</u> Téc. em Enfermagem COREN RR 384.622	01- _____ 02- _____
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			

OBS:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

OBS:

---



---



---



---



---



---



---



---






---



---

119.4

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
------------------	-----	----

PACIENTE	ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA
----------	--------------------------------

AGNÓSTICO	FX PLATO TIBIAL D
-----------	-------------------

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

IDADE	LEITO	119-4	DATA	27/08/2018
-------	-------	-------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL LIVRE	520
2	AVP PERVO	11/11/18
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	20
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	520
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H	520
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	520
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	520
11	SSVV + CCGG 6/6 H	520
12	CURATIVO DIÁRIO	520
13		
14		
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>		

EVOLUÇÃO MÉDICA:
------------------





<b># ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,          ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE</b> <b># EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,          ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,          NORMOCORADO, HIDRATADO.</b> <b># SOLICITADO:</b> <b># CONDUTA: MANTIDA</b>
---

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Dr. Eduardo Gomes, 271 Nova Planalto Tel (95) 2121-0622 <b>AUTENTICAÇÃO</b> 22 SET 2018 Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel reprodução Original do documento em questão
---

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA			
SINAIS VITAIS	PREVISÃO DE ALTA	SEM PREVISÃO	
6 H	PA	FC	FR
12 H	120/80	95	36.8
18 H			
24 H			

Dr. Fernando Rezende  
 CRM-RR 2007  
 Residente de Ortopedia e  
 Traumatologia

H. Paciente no leito, vigília, SSVV, normo-  
 sem glicose até o momento

Nome: <u>Adriano Kleny V. de Sousa</u>	
DATA: <u>27/08/18</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <u>MEM</u>  
DATA: <u>27/08</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <u>LEITO</u>  
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> onuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <u>Sutura</u>
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perilesional:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>Diário</u>
Carimbo e ass. 1.ª em Enfermagem	01- <u>Rosineide P. Nunes</u> COREN-RR 778 877
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	02- <u>Vanessa da Silva Morais</u> Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TE
OBS:	OBS:





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS**

PACIENTE Adriano Kurlly Viana da Souza, 31 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 27 / 08 / 18, COM  
DIAGNÓSTICO DE Fratura do Rádio Ulnar

NO DIA 26 / 08 / 18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
Redução e Fixação da Fratura do Rádio Ulnar SENDO  
OPERADO PELO DR. Vitor Dourado E DR. Eldor

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 27 / 08 / 18, AS 12:30, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 20 / 09 / 18, AS 09:00, COM O  
DR. Eldor

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo de Mello  
Novo Planalto - Roraima - 69200-000

**ORIENTAÇÕES GERAIS :**

14 JAN 2019

28 SET 2018

- 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. Eldor

BOA VISTA, 27 / 08 / 18

MÉDICO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GENE SEGURODORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 454 - Boa Vista - RR

17/8/2018 13:57:13

D

60,0 %

17/8/2018 13:57:13

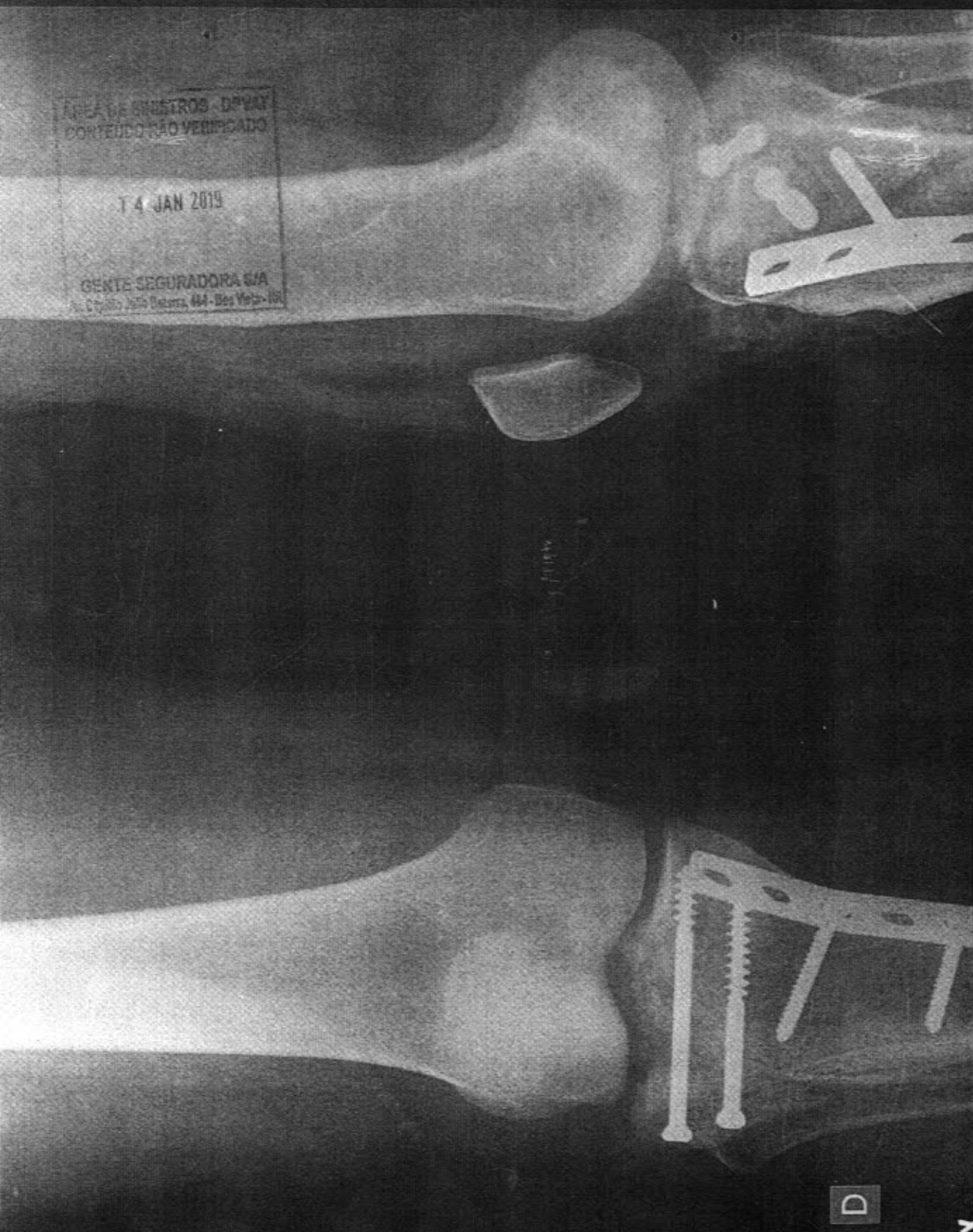
D

59,8 %

ADRIANO KERLY VIEIRA DE SOUZA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ROSANGELA/ED. ERINELSON



ÁREA DE SINISTROS - DPVAX  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
R. C. Costa Neto, 444 - São Vito - SP

27/8/2018 11:11:32

65.3 %

27/8/2018 11:11:32

61.1 %

, ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TEC. EDSON ILZA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



CARTEIRA DE IDENTIDADE

ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

001.877.602-76

ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

16/08/1987

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2360219-8 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/07/2014

NOME ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

FILIAÇÃO ANTONIO DOMINGOS BRASIL DE SOUSA

MARLETE VIEIRA DE SOUSA

SANTAREM-PA 16/08/1987  
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DOC. ORIGEM: CERT. NASC. N. 65.542 FLS. 186  
LV. 160A CART. 3. OF. SANTAREM-PA

CPF

PAC03-NSD 2A. VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1747870879

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1747870879

Nome: SANTA HELENA FRACALOSSI DE MELO

DOC. IDENTIFIC. CNH: 489049 SSP RO

CNPJ: 421 026 772-49 DATA NASCIMENTO: 15/01/1972

Função: JUNELSON FRACALOSSI

MARTA ANNA FRACALOSSI

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB: AB

Nº REGISTRO: 02798991920 VALIDADE: 04/12/2023 PROROGAÇÃO: 17/02/1993

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador

LOCAL: BOA VISTA, RR DATA DE EMISSÃO: 06/12/2018

ANTONIO FRANCISCO DESEBERRA MARQUES  
DIRETOR DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
ASSINATURA DO DIRETOR

48926851446  
RR209948647

RORAIMA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

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

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - RR N° 011387732018

**CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO**

VIA 01 COD RENAVAM 90271025844  
00925063894

NOME/ENDEREÇO  
CLAUDONIO VENANCIO DE LIMA  
BR 174 APT  
CAUAME Nro:522  
BOA VISTA-RR 69311137

CNPJ 851.270.511-68 PLACA NAO4016

NOME ANTERIOR  
BRUNO AGUIAR LOPES

PLACA ANT/UF CHASSI  
9C2JC30707R192739

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN ANO FAB 2007 ANO MOD 2007

CAP/POT/CIL 2P/0124CC/ CATEGORIA PARTA CU COR PREDOMINANTE PRETA

SEM RESERVA DE DOMINÂNCIA  
\* PROIB SAIR ANO DE REGISTRO TRIBUTARIO

Luiz Eduardo Silva de Castro  
Diretor Presidente Interno

BOA VISTA-RR DATA 19/01/2016

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190032931 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 17/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

## OUTORGANTE (Beneficiário)

14 JAN 2019

Nome: Adriano Kerley Vieira de Souza  
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: solteiro  
Profissão: Enter  
Identidade: 2360219-8 CPF: 001.877.602-76  
Endereço: R: Gal. Penha Brasil Bairro: João Francisco  
Cidade: Boa Vista CEP: 69.305-130

## OUTORGADO (Procurador)

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

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

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

Local e data:

Boa Vista, 04 de Outubro de 2 018.

Adriano Kerley Vieira de Souza  
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

Reconhecimento/ Autenticação  
no verso.

Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015135/19

**Vítima:** ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

**CPF:** 001.877.602-76

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 17/08/2018

**Titular do CPF:** ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO : 421.026.772-49

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

### ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA : 001.877.602-76

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/01/2019  
Nome: TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO  
CPF: 421.026.772-49

TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2019  
Nome: JOSE THOMAZ DO NASCIMENTO JUNIOR  
CPF: 383.267.872-72

JOSE THOMAZ DO NASCIMENTO JUNIOR



NIRE (DA SEDE OU DA FILIAL QUANDO A SEDE FOR EM OUTRA UF)

33.3.0028479-6

Time partitioning

Sociedade anônima

### Boite d'Empreintes!

Normal

#### NO. 4a. Protocolo

00-2018/017153-4

26/01/2018 - 10:52:13

**JUCERIA**

Último Argumento:

00003131301 - 18/12/2017

NINE: 33.3.0026479-6

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Órgão	Calculado	Pago
Junta	570,00	570,00
DREI	21,00	21,00

Boletín(s): 102595004

Hash: ECC52023-D73D-4232-8033-7CC99430A9D4



## REQUERIMENTO



Ilmo Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**

requer a v. sa o deferimento do seguinte ato:

[illegible]

Representante legal da empresa

Local	Nome:	 
	Assinatura:	
	Telefone de contato:	
Data	E-mail:	
	Tipo de documento:	Híbrido
	Data de criação:	24/01/2018
	Data da 1ª entrada:	



00-2018/017153-4

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo.

Pag. 2/13



**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.**

NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

**ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
REALIZADA EM 14 DE DEZEMBRO DE 2017**

**1. DATA, HORA E LOCAL:** Aos 14 (quatorze) dias do mês de dezembro de 2017, às 10 horas, na Rua da Assembleia, nº 100 - 26º andar – Sala de Reunião do Conselho de Administração, na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

**2. CONVOCAÇÃO:** Os membros do Conselho de Administração foram convocados por correio eletrônico enviado em 07 de dezembro de 2017.

**3. PRESENÇA:** Presentes os conselheiros titulares: Roberto Barroso, Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre, Rosana Techima Salsano, Ivan Luiz Gontijo Júnior, Alfredo Lalia Neto, Marcelo Goldman, Bernardo Dieckmann, João Gilberto Possiede, Nicolás Jesus Di Salvo, Paulo de Oliveira Medeiros, João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo e Paulo Augusto Freitas de Souza, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia. Presentes, ainda, os conselheiros suplentes Leonardo F. Semenovitch, Sidney Aparecido Pariz, Anderson Fernandes Peixoto e Maurício Bernardes, que, por força da presença dos respectivos Conselheiros titulares, atenderam à reunião sem direito a voto nas matérias da ordem do dia, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia.

**4. MESA:** Presidente: Roberto Barroso; Secretária: Isabella Maria Azevedo da Cunha.

**5. ORDEM DO DIA:** deliberar sobre:

- (i) reeleição de Diretores Estatutários; e
- (ii) eleição de membro para o Comitê de Auditoria.

**6. DELIBERAÇÕES:** Iniciados os trabalhos pelo item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, reeleger para um mandato de 01 (um) ano os seguintes membros da Diretoria da Companhia: (a) **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor Presidente da Companhia; (b) **HELIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor sem designação específica da

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do  
Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 1 de 3

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CPDE4B56AFAD5ECPBFFD5CF68740F233E496AFDA80E17B8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerjia.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo.

Pag. 3/13





Companhia; e (c) **CRISTIANE FERREIRA DA SILVA**, brasileira, solteira, securitária, titular do documento de identidade nº 16.482.014-0, expedido pela SSP-SP, inscrita no CPF/MF sob o nº 060.179.048-09, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretora sem designação específica. A posse dos diretores ora eleitos dar-se-á mediante assinatura do respectivo termo no livro de atas da Diretoria Executiva da Companhia, permanecendo nos respectivos cargos até a investidura dos seus sucessores. Os Diretores ora eleitos aceitaram e declararam, sob as penas da lei, que não estão impedidos de exercer o comércio ou a administração de sociedade mercantis em virtude de condenação criminal, tampouco estão impedidos, por lei especial, ou condenados por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, não estando incurso em quaisquer dos crimes previstos em lei ou nas restrições legais que possam impedi-los de exercer atividades mercantis, em desacordo com o disposto no art. 37, inciso II, da Lei nº. 8.934, 18 de dezembro de 1994 e no art. 147 da Lei nº. 6.404, de 15 de dezembro de 1976, ciente de que qualquer declaração falsa importará em responsabilidade criminal. Os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, retirar o item (ii) da ordem do dia de pauta. Em decorrência do item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, rerratificar as funções específicas perante à SUSEP atribuídas aos membros da Diretoria Executiva, conforme segue. Deixa-se de atribuir as funções de que tratam os itens 1.2.1.5, 1.2.1.6, e 1.2.1.7, da Carta Circular nº 1/2016/Susep-Cgrat, tendo em vista inexistirem as referidas atividades na Companhia:

N	MEMBRO	RCA	MANDATO	FUNÇÃO ESPECÍFICAS PERANTE À SUSEP
1	José Ismar Alves Tôrres	14.12.2017	13.12.2018	Diretor Presidente
2	Helio Bitton Rodrigues	14.12.2017	13.12.2018	sem função específica
3	Cristiane Ferreira da Silva	14.12.2017	13.12.2018	Diretor responsável técnico (Circular SUSEP nº 234/03 e Resolução CNSP nº 321/15) (executiva ou operacional)
4	Milton Bellizia	15.02.2017	14.02.2018	Diretor responsável pelas relações com a SUSEP (executiva ou operacional)
				Diretor responsável administrativo-financeiro (executiva ou operacional)
				Diretor responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade (executiva ou operacional)
5	Andrea Louise Ruano Ribeiro	15.02.2017	14.02.2018	Diretor responsável pelo cumprimento do disposto na Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998 (Circulares SUSEP nº 234/03 e 445/12) (fiscalização ou controle)
				Diretor responsável pelos controles internos (fiscalização ou controle)
				Diretor responsável pelos controles internos específicos para a prevenção contra fraudes (fiscalização ou controle)

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 2 de 3

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56APADE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo.

Pág. 4/13





**7. ENCERRAMENTO, LAVRATURA, APROVAÇÃO E ASSINATURA DA ATA:** Nada mais a ser tratado, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata em forma de sumário dos fatos ocorridos e que, após lida e achada correta, foi aprovada e assinada por todos os conselheiros presentes.

**8. ASSINATURAS:** A presente ata foi assinada por: Roberto Barroso – Presidente (ass.), Isabella Maria Azevedo da Cunha – Secretária (ass.), Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre (ass.), Rosana Techima Salsano (ass.), Ivan Luiz Gontijo Junior (ass.), Alfredo Lalia Neto (ass.), Marcelo Goldman (ass.), Bernardo Dieckmann (ass.), João Gilberto Possiede (ass.), Nicolás Jesus Di Salvo (ass.), Paulo de Oliveira Medeiros (ass.), João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo (ass.) e Paulo Augusto Freitas de Souza (ass.).

**Certifico que a presente é cópia fiel da Ata original lavrada no Livro de Atas do Conselho de Administração da Companhia.**

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
Roberto Barroso  
Presidente

  
Isabella Maria Azevedo da Cunha  
Secretária

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.  
NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Rua Presidente Alfonso Lopes, nº 25, apto 402 – Lagoa, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22071-050, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
JOSE ISMAR ALVES TORRES

**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.  
NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04**

**LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA**

**TERMO DE POSSE**

**HÉLIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Rua Visconde de Pirajá, 228, apto 203, Ipanema, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22410-000, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
**HÉLIO BITTON RODRIGUES**

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECPBFFD5CF68740F233E496AFDAB0E1FB6

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 10/13



**JUCERJA**  
Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro





12/e

**ANEXO I À ATA DAS ASSEMBLEIAS GERAIS ORDINÁRIA E EXTRAORDINÁRIA DA SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., REALIZADAS EM 17 DE MARÇO DE 2016**



4996507

**"SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**

**ESTATUTO SOCIAL**

**CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO**

**Artigo 1º** – A SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. (a "Companhia") é uma sociedade por ações, de capital fechado, que se rege por este Estatuto Social e pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis.

**Artigo 2º** – A Companhia tem por objeto operar nos ramos de seguros de danos e de pessoas, podendo participar de consórcios como líder, como previsto na regulamentação do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.

**Artigo 3º** – A Companhia tem sede na cidade de Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14 e 15 andares, podendo criar, modificar e encerrar, mediante decisão da Diretoria, filiais, agências, sucursais, escritórios e representações em qualquer localidade do País.

**Artigo 4º** – A Companhia terá prazo indeterminado de duração.

**CAPÍTULO II - CAPITAL SOCIAL E AÇÕES**

**Artigo 5º** – O capital social é de R\$ 15.000.000,00 (quinze milhões de reais), totalmente subscrito e integralizado, sendo dividido em 15.000.000 (quinze milhões) de ações ordinárias nominativas escriturais, sem valor nominal.

**Parágrafo Primeiro** – Cada ação ordinária confere a seu titular direito a um voto nas deliberações da Assembleia Geral.

**Artigo 6º** – Respeitadas as disposições legais aplicáveis, a Companhia poderá efetuar resgate total ou parcial de ações de qualquer espécie ou classe ou adquiri-las para mantê-las em Tesouraria, pelo valor patrimonial da ação do último balanço auditado, cabendo ao Conselho de Administração fixar as demais características da operação.

**CAPÍTULO III – ASSEMBLEIA GERAL**

**ARTIGO 7º** – A Assembleia Geral tem poderes para decidir todos os negócios relativos ao objeto da Companhia e tomar as resoluções que julgar convenientes à sua defesa e desenvolvimento, sempre por maioria absoluta de votos, excetuados os casos expressos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 1 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4995508

**ARTIGO 8º** - A Assembleia Geral reunir-se-á, ordinariamente, dentro dos 3 (três) primeiros meses após o encerramento do exercício social e, extraordinariamente, sempre que os interesses sociais assim o exigirem.

**Parágrafo Primeiro** - A Assembleia Geral será convocada na forma da lei. Independentemente das formalidades de convocação, também será considerada regular a Assembleia Geral a que comparecerem todos os acionistas.

**Parágrafo Segundo** - A mesa da Assembleia Geral será presidida por um acionista, diretor ou não, escolhido dentre os presentes por aclamação para dirigir os trabalhos, o qual poderá nomear até 2 (dois) secretários, que poderão ser acionistas ou não, para assessorá-lo a dirigir os trabalhos, manter a ordem, suspender, adiar e encerrar as reuniões e reduzir a termo o que foi deliberado, produzindo a competente ata.

**Parágrafo Terceiro** - Os representantes legais e os procuradores constituídos, para que possam comparecer às Assembleias, deverão fazer a entrega dos respectivos instrumentos de representação ou mandato na sede da Companhia, até 48 (quarenta e oito) horas antes da reunião acontecer.

**Parágrafo Quarto** - Ressalvadas as exceções previstas em lei, a Assembleia Geral instalar-se-á, em primeira convocação, com a presença de acionistas que representem, no mínimo, ¼ (um quarto) do capital social com direito a voto, e em segunda convocação instalar-se-á com qualquer número.

**Parágrafo Quinto** - As decisões da Assembleia Geral serão formalizadas através de ata que deverá conter a transcrição das deliberações tomadas. Da ata tirar-se-ão certidões ou cópias autenticadas para os fins legais.

**Parágrafo Sexto** - Somente será aprovada a modificação do objeto social da Companhia com a aprovação de 2/3 (dois terços) das ações ordinárias.

#### **CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA**

**ARTIGO 9º** - A Companhia terá um Conselho de Administração e uma Diretoria Executiva.

**Parágrafo Primeiro** - Os Conselheiros e os Diretores serão investidos, após a aprovação de sua eleição pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, em seus cargos mediante assinatura do termo de posse no Livro de Atas do Conselho de Administração ou da Diretoria Executiva, conforme o caso.

**Parágrafo Segundo** - O prazo de gestão dos Conselheiros e dos Diretores estender-se-á até a investidura dos respectivos sucessores.

**Parágrafo Terceiro** - As atas das reuniões do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva serão lavradas em livro próprio e serão assinadas pelos Conselheiros e pelos Diretores presentes, conforme o caso.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 2 de 10

Bernardo F. S. Barwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



12/4



4996509

**Parágrafo Quarto** – Os membros do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva ficam dispensados de prestar caução como garantia de sua gestão.

**Parágrafo Quinto** – Caberá à Assembleia Geral fixar o montante global da remuneração dos Administradores, a qual será distribuída e destinada conforme deliberação do Conselho de Administração.

## **CAPÍTULO V - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**

**ARTIGO 10** – A Companhia será administrada por um Conselho de Administração, composto por, no mínimo, 9 (nove) membros, e no máximo, 15 (quinze) membros, e igual número de suplentes, todos acionistas, residentes no País ou não, eleitos e destituíveis pela Assembleia Geral, e com mandato de 1 (um) ano, permitida a reeleição.

**Parágrafo Primeiro** - Os membros do Conselho de Administração terão as seguintes denominações: Conselheiro Presidente, Conselheiro Vice-Presidente e demais conselheiros sem designação específica.

**Parágrafo Segundo** – O membro do Conselho de Administração, que tiver ou representar interesse conflitante com a Companhia, não poderá ter acesso a informações nem participar e exercer o direito de voto nas deliberações do Conselho de Administração que configurem tal impedimento. Poderá, todavia, ser substituído por seu suplente, desde que este não esteja igualmente impedido.

**Parágrafo Terceiro** – O primeiro mandato dos membros do Conselho de Administração poderá ser superior a 1 (um) ano, se estendendo até a Assembleia Geral Ordinária que se realizar em 2009, referente ao exercício de 2008.

**ARTIGO 11** – Eleito pela Assembleia Geral o Conselho de Administração, caberá a este a eleição do Presidente e do Vice-Presidente do Conselho, por maioria de votos. O Vice-Presidente substituirá o Presidente nas suas ausências e impedimentos temporários.

**ARTIGO 12** – Na hipótese de ausências e impedimentos temporários de membro do Conselho de Administração, caberá ao seu suplente substituí-lo, e, no caso de vacância de cargo do Conselho de Administração, o conselheiro ausente será substituído por seu suplente até que seja eleito novo membro e seu respectivo suplente pela primeira Assembleia Geral.

**ARTIGO 13** – Todas as deliberações do Conselho de Administração, feitas nas competentes reuniões e devidamente lavradas em atas, serão tomadas pela maioria de votos dos presentes.

**Parágrafo Primeiro** – O Presidente e Vice-Presidente do Conselho de Administração terão direito a voto, cabendo, ainda, ao Presidente em exercício, na hipótese de empate nas deliberações, o voto de desempate.

**Parágrafo Segundo** - Para que as reuniões do Conselho de Administração possam se instalar e validamente deliberar será necessário a presença da maioria de seus membros em exercício (titulares ou suplentes), desde que a reunião tenha sido regularmente

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 3 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

convocada.

13/4



4996510

**Parágrafo Terceiro** - Caberá ao Presidente do Conselho de Administração presidir as reuniões do aludido Conselho de Administração, e escolher o secretário da reunião, que poderá não ser membro do Conselho de Administração.

**ARTIGO 14** - O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, 1 (uma) vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário, mediante convocação de seu Presidente ou, conjuntamente, por 3 (três) de seus membros.

**Parágrafo Primeiro** - Os membros da Diretoria Executiva participarão das reuniões do Conselho de Administração, quando convocados pelo Presidente do Conselho de Administração a pedido de qualquer de seus membros, para esclarecer sobre quaisquer assuntos de interesse da Companhia.

**Parágrafo Segundo** - As reuniões do Conselho de Administração deverão ser convocadas, por escrito, mediante carta, telegrama ou *e-mail* a cada um dos seus membros, e dos membros da Diretoria Executiva quando for o caso, com 5 (cinco) dias úteis de antecedência da data de sua realização. O local de realização das reuniões do Conselho de Administração deverá constar do competente anúncio de convocação, juntamente com o horário, a data de realização e a ordem do dia.

**Parágrafo Terceiro** - Independentemente das formalidades relativas à convocação, considerar-se-á regular a reunião a que comparecerem todos os membros titulares do Conselho de Administração ou seus suplentes, expressamente autorizados pelos respectivos titulares.

**ARTIGO 15** - Compete ao Conselho de Administração, além das atribuições que lhe são conferidas por lei:

- a) convocar as Assembléias Gerais Ordinárias e Extraordinárias;
- b) fixar a orientação geral dos negócios da Companhia e aprovar as diretrizes políticas empresariais e objetivos básicos para todas as áreas principais da atuação da Companhia, bem como a sua política de investimentos financeiros;
- c) aprovar o orçamento anual, o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- d) eleger e destituir os Diretores da Companhia e fixar-lhes as atribuições através de um Regimento da Diretoria Executiva, bem como atribuir, dentro do montante global da remuneração fixada pela Assembleia Geral, os honorários mensais de cada um dos membros da Administração da Companhia;
- e) eleger, destituir e fixar a remuneração dos membros do Comitê de Auditoria da Companhia;
- f) fiscalizar a gestão dos Diretores, podendo examinar a qualquer tempo, os livros e papéis da Companhia e solicitar informações sobre quaisquer atos celebrados ou em vias de celebração pela Diretoria Executiva;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 4 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



13/4



4996511

- g) manifestar-se, previamente, sobre o relatório da Administração, as contas da Diretoria Executiva, as demonstrações financeiras do exercício e examinar os balancetes mensais;
- h) por proposta da Diretoria Executiva, deliberar sobre a declaração de dividendos à conta de lucros apurados em balanços semestrais e submeter à Assembleia Geral a proposta de destinação do lucro líquido do exercício;
- i) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, contratos de marketing, etc.), bem como contrato financeiro, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e de locação cujo valor exceder o limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;
- j) autorizar a concessão de qualquer garantia, pela Companhia, qualquer que seja o montante, vedada a concessão de garantias para negócios estranhos aos interesses sociais;
- k) a aprovação de qualquer transação para pôr término a litígio de valor superior ao limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;
- l) estabelecer, por proposta da Diretoria Executiva, critérios gerais de remuneração e a política de benefícios, diretos e indiretos, do quadro de funcionários;
- m) decidir sobre a aquisição das próprias ações da companhia para cancelamento ou permanência em tesouraria e, neste último caso, deliberar sobre a sua eventual alienação, observadas as disposições legais aplicáveis;
- n) nomear e destituir os auditores independentes da Companhia, analisando e homologando os resultados de seus trabalhos;
- o) contribuir para o desenvolvimento de modelos, metodologias e processos de gestão, recomendando à Diretoria Executiva o alinhamento da companhia às melhores práticas, atuando como agente de modernização;
- p) analisar e aprovar as propostas para novos investimentos em equipamentos, os compromissos de parcerias e associações e os assumidos com colaboradores;
- q) definir diretrizes para o planejamento estratégico;
- r) aprovar dotações orçamentárias para cada área e projetos, avaliando e aprovando os resultados a serem atingidos e seus ajustes;
- s) manter-se devidamente atualizado sobre os riscos dos negócios;
- t) aprovar a contratação de serviços de regulação e de liquidação de sinistros.
- u) aprovar e fazer cumprir o Código de Ética da Companhia; e
- v) resolver sobre os casos omissos no Estatuto Social e exercer outras atribuições que a

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 5 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86683B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

15

lei ou este Estatuto não confirmam a outro órgão da Companhia.



4996512

**ARTIGO 16** – São atribuições específicas do Presidente do Conselho de Administração:

- a) fixar as datas para as reuniões ordinárias e convocar as reuniões extraordinárias do Conselho;
- b) presidir as reuniões e supervisionar os serviços administrativos do Conselho;
- c) dar o voto de qualidade em caso de empate, além de seu próprio voto; e
- d) zelar pela preservação do estatuto social, e pelo cumprimento das atribuições que cabem ao Conselho de Administração;

**Parágrafo Único** – Incumbe ao Vice-Presidente do Conselho de Administração substituir o Presidente durante as suas ausências ou impedimentos.

#### **CAPÍTULO VI - COMITÊ DE AUDITORIA**

**ARTIGO 17** – A Companhia terá um Comitê de Auditoria.

**ARTIGO 18** - O Comitê de Auditoria será composto por 3 (três) membros e se regerá, em todos os seus aspectos, pelo previsto na legislação do Conselho Nacional de Seguros Privados e da Superintendência de Seguros Privados.

**Parágrafo único** - Os membros do Comitê de Auditoria serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a sua reeleição na forma da legislação em vigor, e receberão, a título de remuneração, o estabelecido pelo Conselho de Administração.

#### **CAPÍTULO VI – DIRETORIA EXECUTIVA**

**ARTIGO 19** - A Diretoria Executiva é o órgão de representação da Companhia, a quem compete praticar todos os atos de gestão dos negócios sociais e será composta pelo Diretor Presidente e por 4 (quatro) Diretores sem designação específica, dentre eles um responsável pelos controles internos e que terá as atribuições da Lei nº 9.613/98, outro que será o responsável técnico e responsável pela prevenção de fraudes, outro que será responsável pelo relacionamento com a SUSEP e, dentre eles, ainda, um diretor responsável administrativo-financeiro, que também será responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade, tudo conforme o que dispõe a regulamentação em vigor, com as demais atribuições estabelecidas pelo Conselho de Administração da Companhia

**Parágrafo Primeiro** – Os Diretores serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a reeleição.

**Parágrafo Segundo** – Na hipótese das ausências e impedimentos dos Diretores caberá ao Diretor-Presidente indicar, entre os demais Diretores, o substituto, sendo atribuição do Conselho de Administração tomar as medidas necessárias em caso de ausência

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 6 de 10

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



10/7

temporária do Diretor-Presidente, bem como deliberar sobre o preenchimento da vaga em caso de vacância de qualquer um dos Diretores.



4996513

**ARTIGO 20** – Cabe aos integrantes da Diretoria Executiva, em conjunto, supervisionar e controlar todos os assuntos da Companhia, de acordo com as diretrizes e políticas determinadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral, competindo-lhe ainda:

- a) administrar os bens e serviços da Companhia;
- b) gerir as atividades da Companhia, obedecendo rigorosamente às diretrizes traçadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;
- c) zelar pelo fiel cumprimento do presente estatuto social;
- d) cumprir e fazer cumprir as deliberações do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- e) elaborar e apresentar anualmente, ao Conselho de Administração, relatório circunstanciado de suas atividades, balanço e prestação de contas do exercício findo, bem como a sua compatibilidade com o planejamento estratégico e orçamento plurianual da Companhia;
- f) preparar e submeter ao Conselho de Administração o orçamento anual e o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- g) elaborar e escriturar o balanço e os livros contábeis referentes às demonstrações do exercício findo, para oportuna manifestação do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- h) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, convênios), bem como contratos financeiros, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e locação dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- i) aprovar qualquer transação para pôr término a litígio dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- j) admitir e dispensar o pessoal administrativo;
- h) representar a Companhia em juízo ou fora dele.

**ARTIGO 21** - Compete ao Diretor Presidente, além de coordenar a ação dos Diretores e de dirigir as atividades relacionadas com o planejamento geral da Companhia:

- a) convocar e presidir as reuniões da Diretoria Executiva;
- b) executar a política, as diretrizes e as atividades de administração da Companhia, conforme especificado pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 7 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208295B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996514

c) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades da Companhia, através da apresentação mensal de balancete econômico-financeiro e patrimonial da Companhia;

d) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades do Seguro DPVAT e o andamento de suas operações;

e) propor um código de ética para a Companhia, consistente com o código de ética aprovado pelo órgão de representação sindical superior das empresas de seguro;

f) avaliar periodicamente o desempenho dos Diretores, informando a sua conclusão ao Conselho de Administração;

g) delegar para qualquer um dos Diretores a execução das atribuições que estejam dentro de sua alçada; e

i) exercer outras funções que lhe forem cometidas pelo Conselho de Administração.

**ARTIGO 22** – Como regra geral, a Companhia se obrigará validamente sempre que representada por:

a) dois Diretores;

b) qualquer Diretor em conjunto com um procurador;

c) dois procuradores com poderes especiais.

**Parágrafo Primeiro** – Na constituição de procuradores, observar-se-ão as seguintes regras:

a) todas as procurações serão outorgadas pelo Diretor Presidente, em conjunto com outro Diretor. Na ausência do Diretor-Presidente, as procurações serão outorgadas por dois Diretores em conjunto;

b) quando a procuração tiver por objeto a prática de atos que dependam de prévia autorização da Diretoria Executiva, a sua outorga ficará sujeita ao disposto no Parágrafo Segundo desta Cláusula.

**Parágrafo Segundo** – O prazo de mandato contido nas procurações outorgadas pela Companhia não poderá exceder o prazo de mandato da Diretoria Executiva, exceto para as procurações judiciais, que terão o prazo correspondente à duração da respectiva ação judicial ou, se inaplicável, prazo indeterminado.

## **CAPÍTULO VIII - CONSELHO FISCAL**

**ARTIGO 23** – A Companhia terá um Conselho Fiscal cujos deveres, competências e responsabilidades serão os definidos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 8 de 10

  
Bernardo F.S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996515

**Parágrafo Primeiro** – O Conselho Fiscal é composto por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes, eleitos pela Assembleia Geral.

**Parágrafo Segundo** – O Conselho Fiscal poderá reunir-se, sempre que necessário, mediante convocação de qualquer de seus membros, lavrando-se em ata suas deliberações.

## **CAPÍTULO IX – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E LUCROS**

**ARTIGO 24** – O exercício social terá início em 1º de janeiro e término em 31 de dezembro de cada ano. Ao término de cada exercício social serão elaboradas as demonstrações financeiras previstas em lei.

**ARTIGO 25** – Em cada exercício, os acionistas terão direito a receber, a título de dividendos, um percentual do lucro líquido do exercício, obedecido o mínimo obrigatório de 25% sobre aquele lucro líquido, com os seguintes ajustes:

- a) o acréscimo das importâncias resultantes da reversão, no exercício, de reservas para contingências, anteriormente formadas;
- b) o decréscimo das importâncias destinadas, no exercício, à constituição da reserva legal e de reservas para contingências;
- c) sempre que o montante do dividendo mínimo obrigatório ultrapassar a parcela realizada do lucro líquido do exercício, a Diretoria Executiva poderá propor, e o Conselho de Administração e a Assembleia Geral aprovarem, destinar o excesso à constituição de reserva de lucros a realizar (artigo 197 da Lei nº 6.404/76, com a redação dada pela Lei nº 10.303/01).

**ARTIGO 26** – A Companhia poderá levantar balanços semestrais, trimestrais ou mensais, bem como declarar dividendos à conta de lucros apurados nesses balanços. A Companhia poderá ainda declarar dividendos intermediários à conta de lucros acumulados ou de reservas de lucros existentes no último balanço anual ou semestral.

**Parágrafo Único** – Os dividendos distribuídos nos termos deste artigo poderão ser imputados ao dividendo obrigatório.

**ARTIGO 27** – A Companhia poderá pagar ou creditar juros sobre o capital próprio.

**Parágrafo Único** – A remuneração paga nos termos deste artigo poderá ser imputada ao dividendo obrigatório.

## **CAPÍTULO X - LIQUIDAÇÃO**

**ARTIGO 28** – A Companhia entrará em liquidação nos casos previstos em lei, observadas as disposições contidas no artigo 68 e seguintes do Decreto nº 60.459, de 13

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 9 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020183575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

de março de 1967.

12/11



4996516

## XI – DISPOSIÇÕES GERAIS

**ARTIGO 29** - É vedado à Companhia conceder financiamento ou garantias de qualquer espécie a terceiros, sob qualquer modalidade, para negócios estranhos aos interesses sociais da Companhia.

**ARTIGO 30** - A Companhia observará todos os acordos de acionistas registrados na forma do artigo 118 da Lei nº 6.404/76, cabendo à administração abster-se de registrar as transferências de ações contrárias aos seus respectivos termos e cabendo ao Presidente da Assembleia Geral ou do Conselho de Administração, abster-se de computar os votos proferidos com infração dos mencionados acordos de acionistas.

**ARTIGO 31** - A Companhia assegurará a seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais, presentes e passados, nos casos em que não houver incompatibilidade com os interesses da Companhia e na forma definida pela Diretoria Executiva a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles instaurados pela prática de atos no exercício de cargo ou função na Companhia.

**Parágrafo Único** - Sem prejuízo para o disposto no caput, a Companhia manterá contrato de seguro de responsabilidade civil (seguro D&O) permanente em favor de seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais para resguardá-los de quaisquer atos ou fatos pelos quais eventualmente venham a ser responsabilizados, cobrindo todo o período de exercício de seus respectivos mandatos.

**ARTIGO 32** - Fica eleito o foro da Comarca do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, para dirimir todas as questões oriundas deste Estatuto Social com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja."

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 10 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

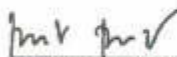
Nire: 33300284796

Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016

CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.

Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

  
Bernardo P. S. Berwanger  
Secretário Geral



## PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração a **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, parte, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20031-205, inscrita no CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, por seu Diretor Presidente, **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, CPF/MF nº 186.088.769-49, RG 2.237.060, SSP-DF, e por seu Diretor Jurídico, **HÉLIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF/MF nº 990.536.407-20 e OAB/RJ nº 71.709; nomeia e constitui seus bastantes procuradores, os advogados **MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**, brasileira, CPF/MF nº 082.587.197-26 e OAB/RJ nº 135.132; **THEREZINHA COIMBRA FRANÇA**, brasileira, CPF/MF nº 542.587.407-30 e OAB/RJ nº 62.420; **JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, CPF/MF nº 110.916.708-38 e OAB/SP nº 111.807; **ANA CAROLINA MARTINS GUIMARÃES DE SOUZA**, brasileira, CPF/MF nº 079.914.007-43 e OAB/RJ nº 111.545; **ANDRÉ SCHIESARI DE MIRANDA**, brasileiro, CPF/MF nº 012.941.857-99 e OAB/RJ nº 83.969; **FERNANDA JOSÉ DA SILVA FREIRE**, brasileira, CPF/MF nº 037.242.447-38 e OAB/RJ nº 161.160; **JULIO CEZAR DE AZEVEDO FARIA**, brasileiro, CPF/MF nº 532.246.397-68 e OAB/RJ nº 63.359; **LEILA MARCIA NOGUEIRA DA COSTA CAIRES**, brasileira, CPF/MF nº 034.062.507-42 e OAB/RJ nº 125.974; **PAULO LEITE DE FARIAS FILHO**, brasileiro, CPF/MF nº 029.186.977-70 e OAB/RJ nº 113.674; **JULIANA DANTAS BORGES**, brasileira, CPF/MF nº 055.255.997-08 e OAB/RJ nº 135.435, **DANIELA FERREIRA MENDES DE OLIVEIRA CASTRO**, brasileira, CPF/MF nº 088.398.387-75 e OAB/RJ nº 135.731, **DAVID SANTOS DA CRUZ**, brasileiro, CPF/MF nº 115.998.867-66 e OAB/RJ nº 174.217; todos com endereço profissional à Rua da Assembléia, nº 100, 26º andar, Centro, CEP 20011-904, no Município do Rio de Janeiro - RJ, conferindo os poderes da cláusula *Ad Judicia et Extra* para atuar no foro em geral, em qualquer Juízo, Instância, Tribunal e Órgãos de Proteção e Defesa do Consumidor, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, atuar em processos físicos e eletrônicos, realizar cadastro e acessar sistemas digitais, nomear prepostos, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos ao fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com reservas de poderes, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, autorizados, desde já, a receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, devendo todo e qualquer levantamento judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1769-8, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016, tendo prazo de validade indeterminado.

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018.

  
**JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**  
DIRETOR PRESIDENTE

  
**HÉLIO BITTON RODRIGUES**  
DIRETOR

<b>17º Ofício de Notas</b> DA CAPITAL	Tabelião: Carlos Alberto Firmino Oliveira Rua do Carmo, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2107-9600	ADB2B690 088674
Reconheço por AUTENTICIDADE as firmas de: <b>HELIO BITTON RODRIGUES</b> e <b>JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES</b> (X00000524453)		
Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018.		
Em testemunho	da verdade.	Conf. por: Serventia T.J.FUNDOS
Paula Cristina A. D. Gaspar - Aut.		Total
ECLP-54891 HDE, ECLP-54892 GRS		
Consulte em <a href="https://www3.tirijus.br/sitepublico">https://www3.tirijus.br/sitepublico</a>		

**CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ**  
**Paula Cristina A. D. Gaspar**  
Escrivente  
CTR 46062 série 06077 ME  
Aut. 2013 3ª Lei 8.936/94



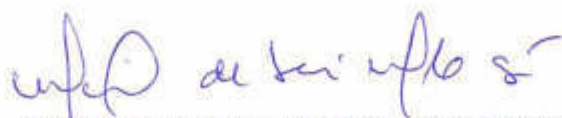
### SUBSTABELECIMENTO

Na qualidade de procurador das Seguradoras: **AIG SEGUROS BRASIL S/A**; **ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A**; **ALFA SEGURADORA S/A**; **ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A**; **AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS**; **ANGELUS SEGUROS S/A**; **ARGO SEGUROS BRASIL S/A**; **ARUANA SEGUROS S.A.**; **ASSURANT SEGURADORA S.A**; **ATLÂNTICA CIA DE SEGUROS**; **AUSTRAL SEGURADORA S/A**; **AXA CORPORATE SOLUTIONS SEGUROS S.A**; **AXA SEGUROS S/A**; **AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS**; **BANESTES SEGUROS S/A**; **BMG SEGUROS S/A**; **BRABESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS**; **BRASIL VEÍCULOS CIA. DE SEGUROS**; **BTG PACTUAL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CAIXA SEGURADORA S/A**; **CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CARDIF DO BRASIL SEGUROS E GARANTIAS S/A**; **CARDIF DO BRASIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CESCEBRASIL SEGUROS DE GARANTIAS E CRÉDITOS S/A**; **CHUBB SEGUROS BRASIL S/A**; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA**; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL**; **CIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL**; **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**; **COMPREV SEGURADORA S/A**; **COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **DAYPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **ESSOR SEGUROS S/A**; **FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S/A**; **FATOR SEGURADORA S/A**; **GAZIN SEGUROS S.A.**; **GENERALI BRASIL SEGUROS S/A**; **GENTE SEGURADORA S/A**; **ICATU SEGUROS S/A**; **INVESTPREV SEGURADORA S/A**; **INVESTPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S/A**; **J. MALUCELLI SEGURADORA S/A**; **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**; **MAPFRE VIDA S/A**; **MBM SEGURADORA S/A**; **MG SEGUROS VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **MITSUMI SUMITOMO SEGUROS S/A**; **MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **OMINT SEGUROS S/A**; **PAN SEGUROS S/A**; **PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS**; **PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **POTENCIAL SEGURADORA S/A**; **PREVIMAX PREVIDÊNCIA PRIVADA E SEGURADORA S/A**; **PREVIMIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **RIO GRANDE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **SABEMI SEGURADORA S/A**; **SAFRA SEGUROS GERAIS S/A**; **SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **SANCOR SEGUROS DO BRASIL S/A**; **SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS**; **SOMPO SEGUROS S/A**; **STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.**; **SUHAÍ SEGUROS S/A**; **SWISS RE CORPORATE SOLUTIONS BRASIL S/A**; **TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**; **TRAVELERS SEGUROS BRASIL S/A**; **UNIÃO SEGURADORA S/A – VIDA E PREVIDÊNCIA**; **USEBENS SEGUROS S/A**; **VANGUARDA CIA DE SEGUROS GERAIS**; **XL SEGUROS BRASIL S/A**; **ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; doravante denominada Outorgante, conforme instrumento de mandato



anexo, substabeleço, com reserva de iguais, nas pessoas dos **Drs. CARLOS EDUARDO DE SOUZA CABRAL**, brasileiro, casado, OAB/RJ 189.997; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, OAB/RJ 152.629; **JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, OAB/RJ 134.307; **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, casado, OAB/RJ 144.819; **JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, OAB/RJ 140.522; **RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO MENEZES**, brasileira, casada, OAB/RJ 185.681; **TODOS INTEGRANTES DA SOCIEDADE DE ADVOGADOS DENOMINADA JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita na OAB/RJ sob o nº 32.203/2005, com escritório situado na Rua São José, número 90, oitavo andar, CEP: 20010-901 Tel.: (21) 3265-5600, os poderes que me foram conferidos para a plena defesa dos interesses da Outorgante nas ações que têm por objeto o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT, **ficando, desde já, VEDADO receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física**, devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1912-7, Conta nº 644000-2, em nome de **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A**, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016.

Rio de Janeiro, 25 de setembro de 2018.



**MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**

**OAB/RJ 135.132**

