

Advocacia Especializada
Russian Liberato Ribeiro de Araujo Lima
Advogado OAB RR 1134
Onias Mendes de Sousa Filho
Estagiário de Direito-RR

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Aluizio Alves Ferreira, nacionalidade: brasileira
estado civil: divorciado, profissão: notário, portadora da cédula de identidade RG
nº 13703, inscrita no CPF/MF sob nº 199.966.24234, Telefone: 99155-9231
endereço eletrônico: Não informado, residente e domiciliada à
Rua Prop. Costa e Silva 186, Bairro: São Pedro, cidade: Boa
Vista-RR - CEP - 69305-115

OUTORGADOS: **RUSSIAN LIBERATO RIBEIRO DE ARAÚJO LIMA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR Nº 1134, e **ONIAS MENDES DE SOUSA FILHO**, estagiário de Direito e **JOSÉ SANTANA FEITOSA GUIMARAES** inscrito na OAB/RR Nº 551 E, com endereço profissional na Rua Dom Pedro I, nº 1292, bairro Mecejana, Boa Vista –RR.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meus procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos advogados acima descritos os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber alvará em seus nomes, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme art. 105 da lei nº 13.105, de 16 de março de 2015.

Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

BOA VISTA / RR, 01 de Setembro de 2019

Aluizio A. Ferreira

OUTORGANTE

CPF sob nº 199.966.242-34

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu: Aluizio Alves Pereira, nacionalidade: brasileiro
estado civil: divorciado, profissão: motorista, portadora da cédula de
identidade RG nº 13703, inscrita no CPF/MF sob nº 199.966.24234
Telefone: 99155-9231, endereço eletrônico: não informado,
residente e domiciliada à
Rua Presidente Costa e Silva 115, Bairro: 500 Facho, cidade:
Boa Vista - RR, DECLARO para os devidos fins de direito e a quem possa
interessar que sou hipossuficiente nos termos da lei, não tendo condições de arcar com
eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da Lei nº 13.105, de 16
de março de 2015.

Por ser a mais lúdima expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Boa Vista – Roraima, 11 de Setembro de 2019.

Aluizio Alves Pereira

DECLARANTE

CPF Nº 199.966.242-34

Russian Liberato Ribeiro de Araujo Lima:82422753272,

24/09/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: doc anexo



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

NOME
ALUIZIO ALVES PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
13703 SSP RR

CPF
199.966.242-34

DATA NASCIMENTO
26/02/1951

RELACÃO
SALUSTIANO ALVES
PEREIRA
HILDA LIMA PEREIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
C

Nº REGISTRO
01751059709

VALIDADE
17/08/2015

1ª HABILITAÇÃO
29/08/1986

OBSERVAÇÕES
A
Exerce atv remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA EMISSÃO
17/10/2012

43310845464
RR205990460

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (RORAIMA)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
622710258

PROIBIDO PLASTIFICAR
622710258

Russian Liberato Ribeiro de Araujo Lima:82422753272,

24/09/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: doc anexo



CHP: 08.939.467/0001-16
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 24.006.114-4
RUA MELVIN JONES, 210 - SÃO PEDRO - CEP: 69.306-410



Matrícula: 79740

Novembro/2016

Cliente:		Endereço do imóvel:	
HILDA LIMA PEREIRA		RUA PRES COSTA E SILVA 186 - SÃO PEDRO B OA VISTA RR 69305-115	
Inscrição	Rota	Seq.Rota	Economias
001.006.011.0363.000	1	2440	RESIDENCIAL
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
Y12B152295	13/07/2012	LIGADO	LIGADO
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 1433	1448	15	29
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 14/10/2016 12/11/2016			
ULTIMOS CONSUMOS			
201610	21-0		
201609	25-0		
201608	22-0		
201607	22-0		
201606	17-0		
201605	20-0		
MEDIA	21		
Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor			
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M			
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR
EXIGIDAS			
ANALISADAS			
CONFORMES			
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA		15 M3	30,53
ESGOTO		80.0 % DO VALOR DE ÁGUA	24,42
VENCIMENTO:		TOTAL A PAGAR	
15/12/2016		54,95	

IMPRESSO EM: 12/11/2016 08:45:44

DEBITAR NO BANCO 341/1352/00000000129843
RESERVISTA, APRESENTE-SE DE 09 À 16 DE DEZEMBRO
NO QG DA 1ª BRIGADA DE INFANTARIA DE SELVA
REGULARIZE A SUA SITUAÇÃO MILITAR

Via do Cliente



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
79740	11/2016	15/12/2016	54,95

DÉBITO AUTOMÁTICO

Via da CAER

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - RR
Nº 013746467810

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
81804121467

VIA 01 01033882507 RENAVAM 81804121467

NOME/ENDEREÇO
ALFREDO ANDRADE FERREIRA JUNIOR
R SEBASTIAO D FELIX DO CABA
CIDADE NOVA S.M.
RONEIM-RR 69180000

012.627.082-14 OFF/CMV PLACA MAU3601

NOVE INTERIO

IGAD KATISIA FRANCA DA SII VA

CHASSI 9C2KCI660FR034984

PLACA ANTUF

ESPECIE TIPO FAS/MOTOCICLET/MAD APLIC.

COMBUSTIVEL ALCD/GASOL

ANO FAB 2014 ANO MOD 2015

HONDA/CG 150 1116N EX

MADEIRA/MODELO

ANO FAB 2014 ANO MOD 2015

CG/1049CC/

CATEGORIA PARTICU

COR PREDOMINANTE BRANCA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO X PROIB SAIR DA A

RAZON UETD

Antonio Francisco Reseira Marques

Diretor-Présidente

DETRAN-RR

10/01/2018 DATA

BOU LN-RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

RR Nº 013746467810 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 30/01/2018

PLACA MAU3601

012.627.082-14 OFF/CMV

RENAVAM 01033882507

MARKA/MODELO HONDA/CG 150 1116N EX

NO CHASSI 9C2KCI660FR034984

ANO FAB 2014

OFICINA

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) R\$31.29

DENATRAN (R\$) R\$9.03

CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.53

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.13

IOF (R\$) R\$185.53

TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$) R\$299.48

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITACÃO 18/01/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

81804121467



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 018699/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/06/2019 11:41 Data/Hora Fim: 24/06/2019 11:55
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 24/06/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 08/02/2019 13:00

Local do Fato

Município: Bonfim (RR)
Logradouro: BR 205

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALUIZIO ALVES PEREIRA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista
Profissão: Motorista
Nome da Mãe: Hilda Lima Pereira

Endereço

Município: Bonfim - RR
Logradouro: br 401 Nº: km 112
Complemento: sitio jacarandá

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 012.627.082-14	Placa NAU3601
Renavam 01033882507	Número do Motor KC16E6F034984
Número do Chassi 9C2KC1660FR034984	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Cor BRANCA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Bonfim	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX
Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 25/01/2018	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Aluizio Alves Pereira	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado informa que, no local e data supracitados, conduzia a motocicleta de propriedade de ALFREDO ANDRADE PEREIRA JUNIOR, quando ao tentar desviar de um veículo que vinha em sentido contrario,



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Abilenio Almeida Pereira
Data de Impressão: 24/06/2019 16:25
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 018699/2019

acabou caindo em um buraco que havia na via e, em razão disso, caiu no local. Tal acidente causou lesões corporais no comunicante, tendo inclusive fraturado a sua mão direita e sua perna esquerda. Após o acidente o comunicante foi socorrido por pessoas que moravam perto do local e foi levado ao hospital do município de Bonfim e de lá foi encaminhado ao HGR. Este BO é para fins de recebimento de seguro DPVAT.

ASSINATURAS

DAT
Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Responsável pelo Atendimento
JUN. 2019
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR
MAT: 42000787

Aluizio Alves Pereira
(Comunicante)

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





ADMISSÃO - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Nome: ALUIZIO ALVES PEREIRA

DN 26/02/1951

DATA DE INTERNAÇÃO: 18/02/2018

Leito 328

HD: PNM/DERRAME PLEURAL

Paciente 67 anos masculino com antecedente de HAS deu entrada no dia 08/02 no PA com relato de acidente de moto na Guiana, apresentando fratura do plato tibial direito, avaliado pelo Ortopedista que sugeriu tratamento cirúrgico. Encaminhado no dia de hoje ao HC para continuidade do tratamento e agendamento da cirurgia.

Ao Exame, BEG, LOTE, AAA, corado, hidratado, eupneico em ar ambiente.

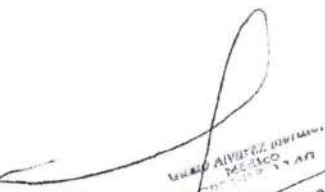
AR: MV +, S/RA

ACV: BCNF RCR 2T SS

ABD: GLOBOSO INDOLOR A PALPAÇÃO, RHA+ NVG

EXT: PERFUSÃO NORMAL FRATURA PLATO TIBIAL MID

COND: Suporte clinico, aguarda agendamento para Cirúgia.


LUIZ ALVES PEREIRA
Médico
18/02/2018

Boa Vista 18 de Fevereiro de 2019



Paciente: Aluizo Alves Pereira

Idade: 328

02.05.2019 - Paciente na cadeira de rodas, faz transferência com ajuda ao levantar, está internado ± 3 meses com D. Fratura de platô tibial (E), apresenta edema com caxo em MIE (+++++). Paciente orientado, comunicativo, BEG, eupneico em AA, sem D.R. Relata Dorência em MIE e incômodo na região de glúteo. Realiza movimentos ativos com B ADM para flexão de joelho (E). Conduta: Fisioterapia Motora.

Camila Dias da Silva
Fisioterapeuta
Crefito 190369

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.	
1901070299 08/02/2019 19:46:45		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 12	
Paciente ALUIZIO ALVES PEREIRA		Data Nascimento 26/02/1951		Idade 67 A 11 M 10 D		CNS 801434323876829	
Tipo Doc Documento		Órgão Emissor Data Emissão SSP/RR 10/07/2014		Sexo M		CPF 19996624234	
IDENTIDADE 13703		Estado Civil DIVORCIADO		Raça/Cor PARDA		Naturalidade BOA VISTA - RR	
Mãe HILDA LIMA PEREIRA		Pai SALUSTIANO ALVES PEREIRA		Contato (95) 99111-4079		Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA - RAIMUNDO FILGUEIRAS - 846 - BURITIS - BOA VISTA - RR						Ocupação APOSENTADO	
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU REGIONAL		Procedimento Sol.		Temp.	
Queixa Principal Acidente de moto na						Sis Prenatal	
Anamnese de Enfermagem Guiana, ferido pelo SAMU.				GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6		TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) duvido e orientado. ferido de desme							
Exame Físico AD. MU S. R. A.							
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:							
PRESCRIÇÃO 7 Rx perna				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO							
28 JUN 2019							
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Batista, 4M - Boa Vista - RR							
Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☒ Transferência para Ortopedia							
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: marizete.malaquias Data Hora: 08/02/2019 19:47:42							

Custódia - Dr. Rogério

Tinha contatos com MIE por ocidente de moto.

Radiografia unida a FX de Peloto Trilux (E)

CD: Imobilização.

Intenções clínicas.

CR





GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NÚMERO DE REGISTRO

114

Identificação do paciente	Estabelecimento Executante HOSPITAL PEDRO ÁLVARO RODRIGUES	CNES 2320045	DIA 08	MÊS 02	ANO 2019	HORA 17:20
	FICHA DE ATENDIMENTO					
	NOME Aluizio Alves Pereira			Nome social (Decreto nº 8.727 de 28/04/2016)		
	Cartão do SUS 700 5019 1187 3954	CPF 199.966.242-34	Data de Nascimento 26/02/1951	Idade 67		
	Nº RG / Identidade (ou Registro de Nascimento) 13703	Data de expedição do RG/Identidade 15/12/2016	Sexo ☒ M ☐ F	Raça ☐ Branco ☐ Amarela ☐ Preta ☒ Parda ☐ Indígena ☐ Sem informação		
	Nome da Mãe Hilda Lima Pereira	Naturalidade (Cidade e Estado onde nasceu) Boa Vista-RR		ETNIA:		
	Nacionalidade (País onde nasceu) Bras.	Telefone (s) p/ contato				
	Endereço (Rua; Avenida; Vicinal, Sítio, Fazenda, Etc) BR-401 Km 115	Número	Bairro			
Complemento (Casa, Lote, Apartam, etc)	Município	UF	CEP			
		SITIO	JACARAIA			

Temperatura	Peso	Pressão 170x110	Dextro	Outros (especificar)
-------------	------	---------------------------	--------	----------------------

INFORMAÇÃO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Data da consulta **08/02/19** Hora da consulta **17:20**

Resumo Clínico:

trabalha e tem a esposa
trabalha e tem a esposa
a mulher trabalha e tem a esposa
trabalha e tem a esposa

CONFERE COM O ORIGINAL

EM **14/05/2019**

Hipótese Diagnóstica:

fratura da coluna cervical

INFORMAÇÃO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA E ENFERMAGEM	DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
	ÁREA DE SIMTOS - PRIVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	PRV SPM P1 PS fu clark BRN		
	28 JUN 2019 GENTE SEGURADORA S/A Dr. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR			

Continua no verso



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu,

CPF nº

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

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

Cirurgias pré-agendadas;

Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;

Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;

Quando decidido pela equipe assistencial;

- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirmo que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 18 de fevereiro de 2019.

Assinatura do paciente:

Responsável:

1) Assinatura:

Nome:

CPF nº:

Grau de Parentesco:

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

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

Boa Vista, de de 20. Hora:

Nome Completo:

Assinatura do Médico:

CRM

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Rda. Eduardo Gomes, S/N
Nova Brasília - Tel. (67) 31-0520
10 JUN 2019
Certificado presente
Original
que foi encaminhado para o Hospital

NIR

transf: 18/02/19

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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		89639	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
8 0 1 4 3 4 3 2 3 8 7 6 8 2 9		26/02/51	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
Hilda Lima Pereira		M	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
Rua Raimundo Filgueiras, 846, Beutis		N° DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
Boa Vista		R 2	
		15 - UF	
		16 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
Frustrada de Pêlo Tímico (E)	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
+ motorista Cirurgião	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
RX	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	
Frustrada de Pêlo Tímico (E)	
21 - CID 10 PRINCIPAL	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
Clínica			
28 - DOCUMENTO		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
() CNS () CPF			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Dr. Rogério		08/02/19	
		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		37 - N° DO BILHETE	
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		38 - SÉRIE	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		39 - CNPJ EMPRESA	
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		40 - CNAE DA EMPRESA	
		41 - CBOR	

AUTORIZAÇÃO		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
8/2/19			
		0308010019 T068 5821 V299	

VL 304.4

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR Hospital Geral de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Araujo Lima, Russian				
DIAGNÓSTICO	Fratura do Tíbio (P)				
ALERGIAS					
IDADE	HAS	DM2	NEGA		
ITEM	LEITO	DATA	08/02/19		
PRESCRIÇÃO		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				5h
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6h (Suspensão)				2h
4	TILATIL 20mg 12/12hs				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6h				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(200ts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	Hidartona 50 mg 2 cp/dia (OO)				
16	Ao Bloco				
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:
Ao bloco para programação cirúrgica
08/02/19 às 11:00h.
P.A: 160x90 mmHg
P: 86 bpm TAX: 35.7°C
D: (+) E: (+)
08/02/19 às 18:00h.
P.A: 140x90 mmHg
P: 96 bpm TAX: 36.5°C
D: (+) E: (+)

SINAIS VITAIS	P	P	TAX	R
6 H	160x80	69	36	18
12 H				
18 H				
24 H	113x79	66		

B-C
304-13
Jéssica A. Vieira
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 467
10/02/19
06h20 PH 143x87 FC 70
T: 36.5°C
D: +
E: +
MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.
Zeneide..

01:20h - Paciente vindo do GT para ante reter "Bloco-C" - facul



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

Bloco: A	Data: 16/02	Enfermaria:	Leito: 120-2
Nome Completo: Aluizio Alves	Idade:	Sexo: () F () M	
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos			
Alergia: () Sim () Não Qual (is):			
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma:			
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs:			
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante			

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

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Roberto Augusto HD _____ LEITO 308 • ALÉRGICO ? _____
DATA: 27/02/2019 SEXO: () M () F IDADE _____ PESO _____ KG.
ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			LESÕES		DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS					() RISCO DE INFECÇÃO	() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO (X)	LOCAL	DATA		() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VAS
CATETER PERIFÉRICO	SIM (X) NÃO ()	LOCAL	DATA		() INCAPACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	(X) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE 6/6 H
SONDA VESICAL: SIM () NÃO (X)	DATA: _____	LOCAL	DATA: _____		() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANter MONITORIZAÇÃO
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X)	DATA: _____	LOCAL	DATA: _____		(X) ANSIEDADE	() MANter CABECEIRA ELEVADA
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO (X)	DATA: _____	LOCAL	DATA: _____		() MEDO	() ASPIRAR VAS /TQT
DRENOS? SIM () NÃO (X)	QUAL? _____	LOCAL	DATA: _____		() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES					() RISCO PARA NUTRIÇÃO	(X) ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4-DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO (X) LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III					DESEQUILIBRADA	() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO					(X) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA					() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	(X) MANter ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINUÍDA					() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____/____ H
VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS					() FADIGA	() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
HIGIENE BUCAL: (X) FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA					(X) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	(X) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
OBS: _____					() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM	() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO					() RISCO PARA QUEDAS	() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO					(X) RISCO PARA LESÃO	() MANter JEIUM A PARTIR DAS: ____ H
DOR INSPIRATORIA: () SIM (X) NÃO					() AUTOESTIMA PERTURBADA	() REALIZAR DEXTRO ____ HORAS
FREQUÊNCIA: (X) EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO					() DIARREIA	(X) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
MÚRMURIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE					() CONSTIPAÇÃO	(X) ORIENTAR AUTOCUIDADO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS					() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR BANHO NO LEITO
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:					() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____/____ H
(X) HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA					() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA					() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() PREPARAR PARA EXAMES EM:
TEMPERATURA DA PELE: (X) NORTERMICA () HIPOTERMICA () HIPOTERMICA					() DOR	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
APARELHO CARDIOVASCULAR					() HIPOTERMIA	() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()					(X) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
PERFUSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINUÍDA					() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	() OUTROS
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME					() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	
PULSO: () NORMACÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE					() CONFORTO PREJUDICADO	
LOCAL DO PULSO: _____					() DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	
FREQUÊNCIA: _____					() OUTROS:	
APARELHO GASTROINTESTINAL						
APETITE: (X) NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO						
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES						
ABDOMEN: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMIG PALPÁVEL						
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA						
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE:						
(X) ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LIMPIDA () CONCENTRADA						

ASS. E CARIMBO - TÊC ENFERMAGEM:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
paciente estável no leito, sem sintomatologia, mas, necessita de cuidados com a pele e higiene, sendo o paciente mantido em posição de decúbito lateral. COORDENADOR	DATA / HORA ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:	Pt. sem queixas durante o plantão. Realizado curativos vitais e administração de fármacos conforme a prescrição médica. <i>Andrieia</i> 670034	DATA / HORA ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
NOTA: DATA / HORA ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:	DATA / HORA ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:	NOTA: DATA / HORA ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:	DATA / HORA ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:



EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DR. WILSON FRANCO

RECEITUÁRIO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

Avizio Alves Pereira

Lauro Nécio

Paciente com diagnóstico de fraturas
de fêmur tibia e peroneo. Evoluções
em acompanhamento ortopédico e fisio-
tápico devido a má formação de
suas atividades laborais. Sujeito ao
tratamento. A condição de médico preste do
1483

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

DATA:

03/05/19

ASSINATURA E CARIMBO



GOVERNO
DO POVO



EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DR. WILSON FRANCO

RECEITUÁRIO

GOVERNO
DO POVO
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

NOME:

Adriano Alves Pereira

Lauro Nécio

Paciente com fraturas de fêmur tibia e
peroneo, no dia 08-02-19.
No momento encontra-se internado
no Hospital de Clínicas em
de cirurgia no momento.
Ao INSS

DATA:

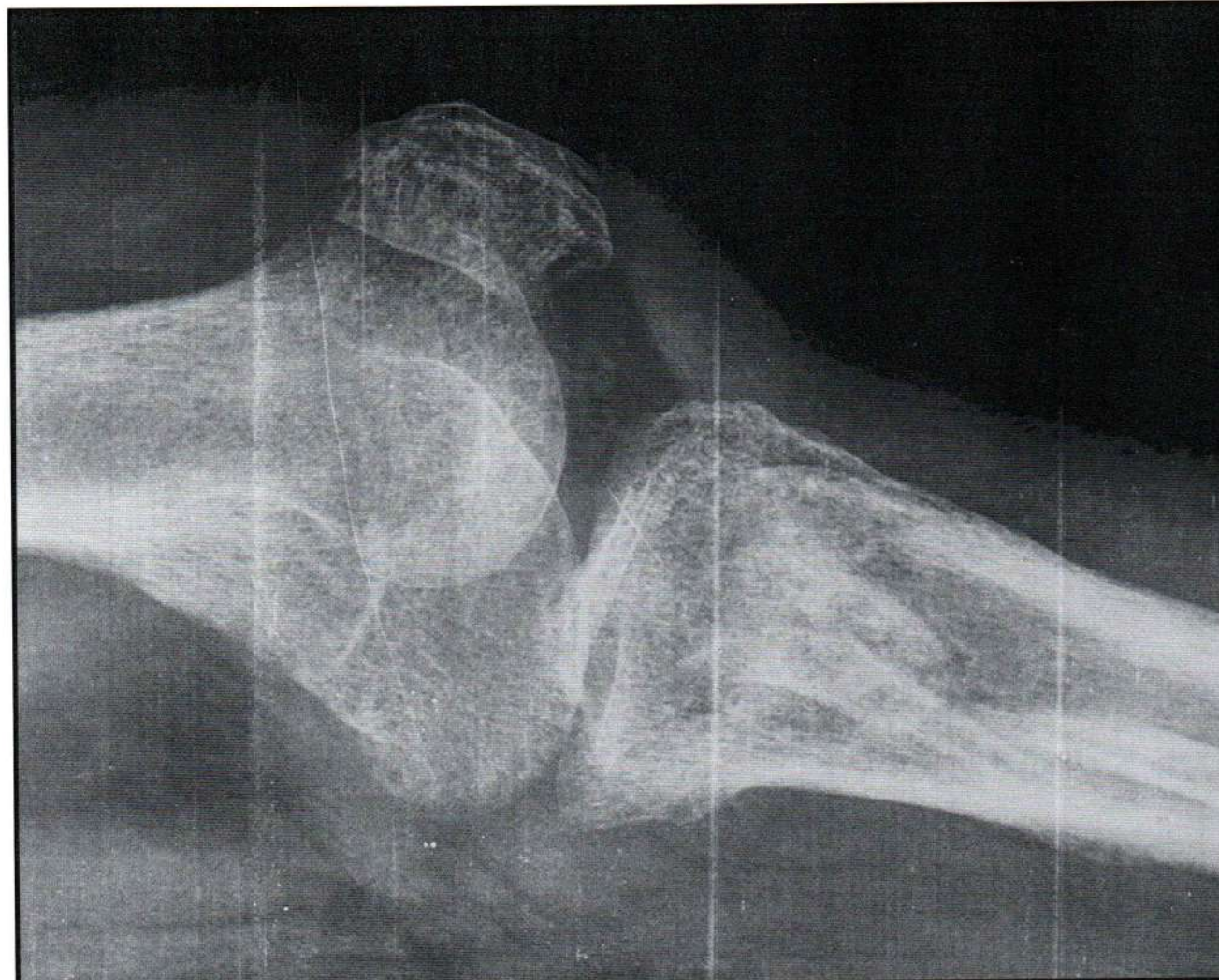
12-04-19

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1615 / RQE: 684
ASSINATURA E CARIMBO



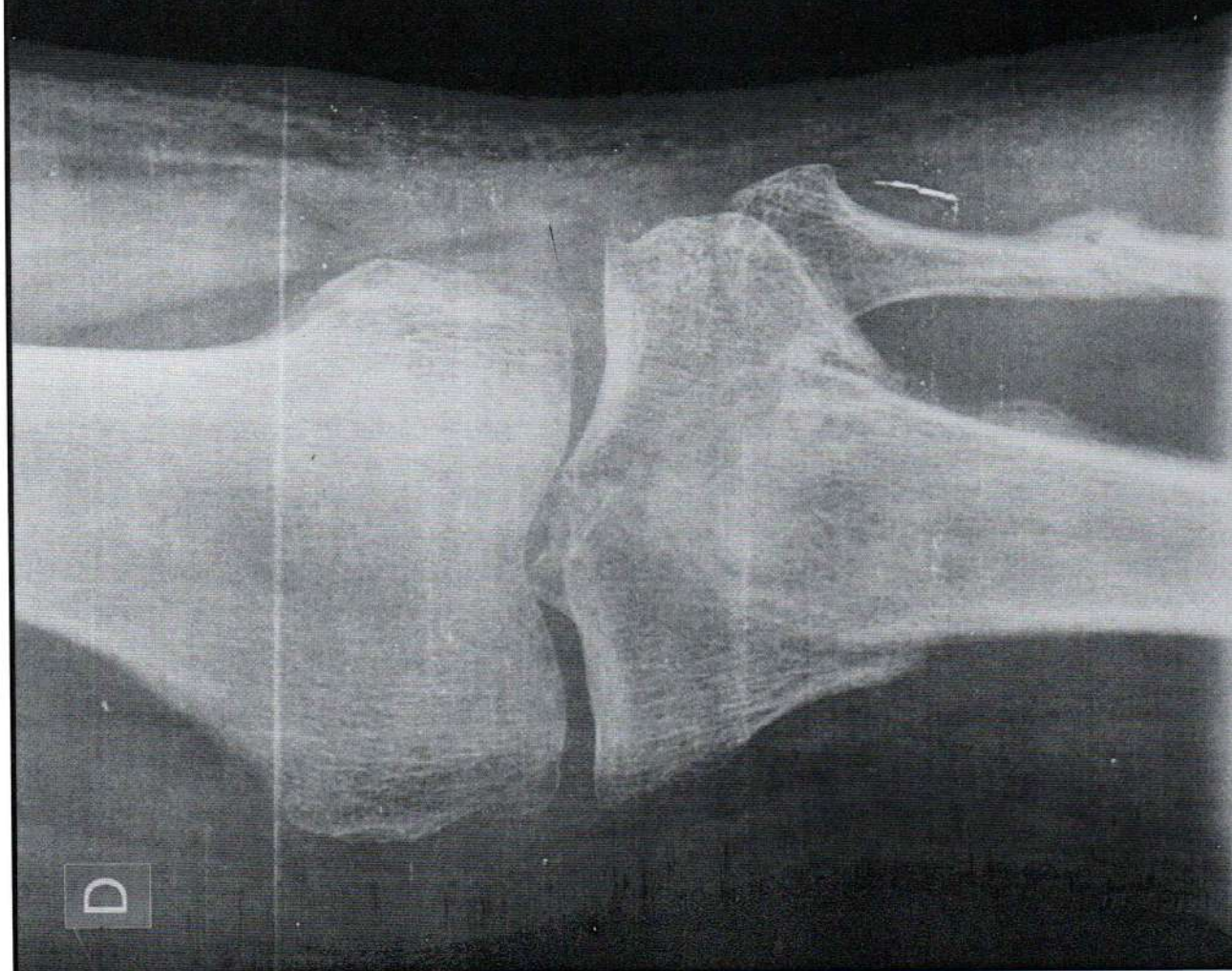
GOVERNO
DO POVO





Tam. real

13/05/2019



Tam. real

13/05/2019

4793

ALUIZIO ALVES PEREIRA

HOSPITAL CORONEL MOTA





42,5 %

E



49,9 %

E

ALUIZIO PEREIRA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID: 854
Data: 30/04/2019

Nr:
Tec: ANTONIO



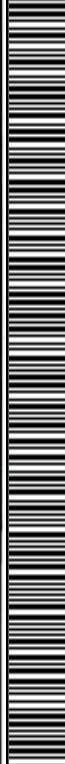
ALUIZIO ALVES PEREIRA
HOSPITAL DAS CLINICAS

61,5 %

ID: L- 328
Data: 24/02/2019

Tec:
Nr: 156

57,1 %



L 328 7

D



67,5 %

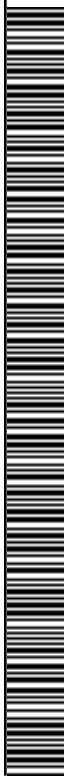


78,2 %

ALUIZIO PEREIRA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID:
Data: 07/03/2019

Nr:
Tec:





62,2 %



62,2 %

ALUIZIO ALVES
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID: 227
Data: 10/03/2019

Nr:
Tec: CARLOS





8/2/2019 20:24:00

52,5 %

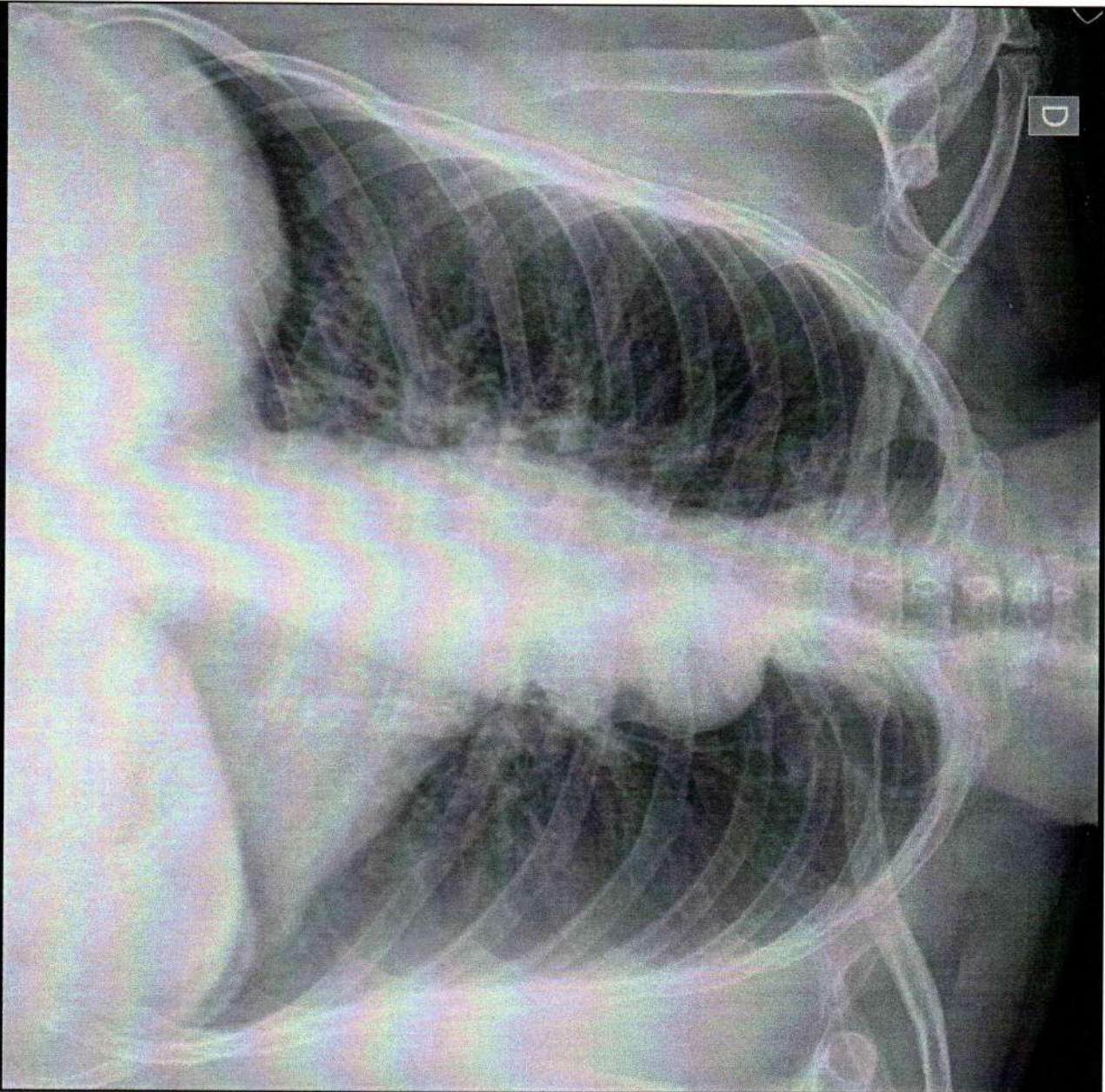


8/2/2019 20:24:00

52,4 %

ALUIZIO ALVES PEREIRA ,

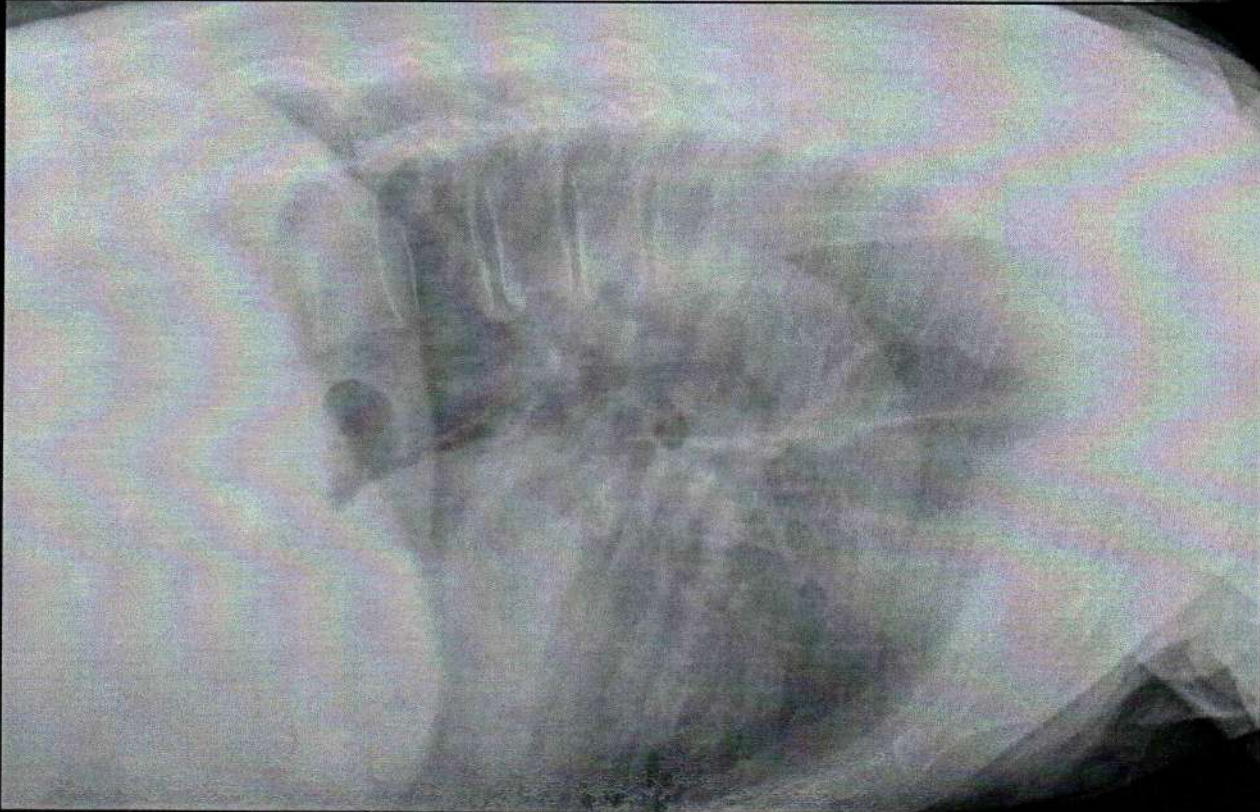
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



ALUIZIO ALVES PEREIRA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

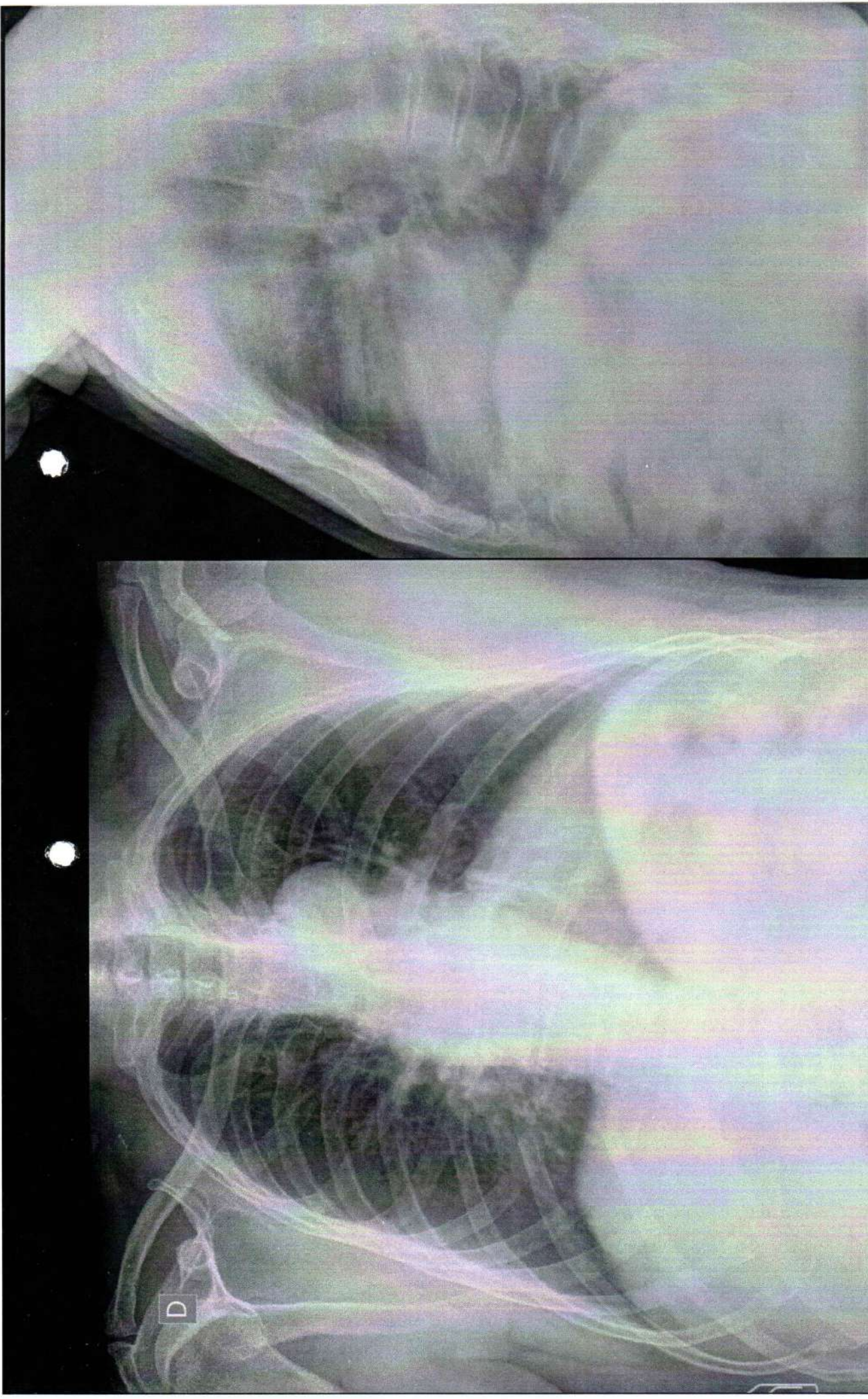
51,3 %
ID: 366
Data: 10/04/2019

Tec: Nr:



45,6 %





42,3 %

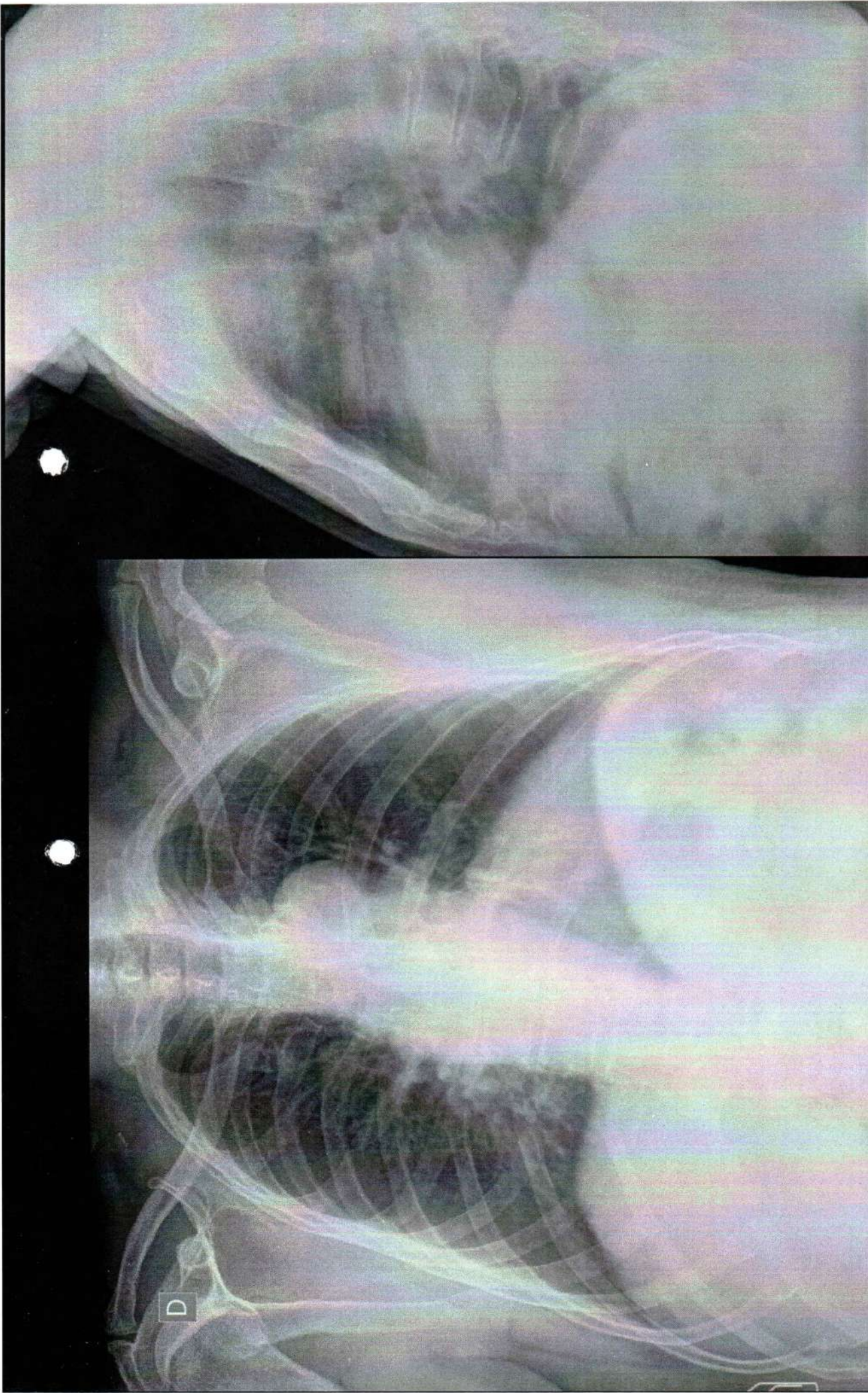
47,5 %

ALUIZIO ALVES PEREIRA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID: 261
Data: 26/03/2019

Nr:
Tec: CARLOS

22/8



ALUIZIO ALVES PEREIRA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

47,5 %

ID: 261

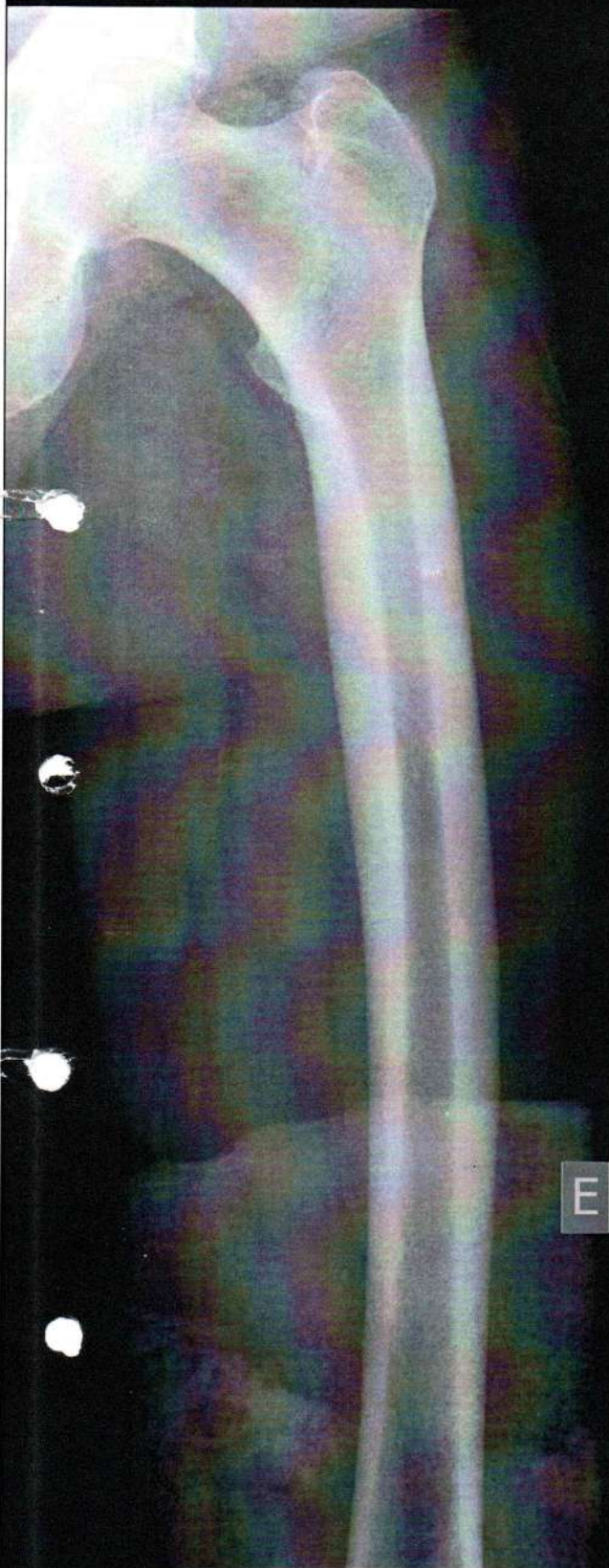
Data: 26/03/2019

Nr:

Tec: CARLOS

42,3 %

22/8



49,7 %

8/2/2019 20:24:00

53,7 %

8/2/2019 20:24:00

ALUIZIO ALVES PEREIRA ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA





62,2 %



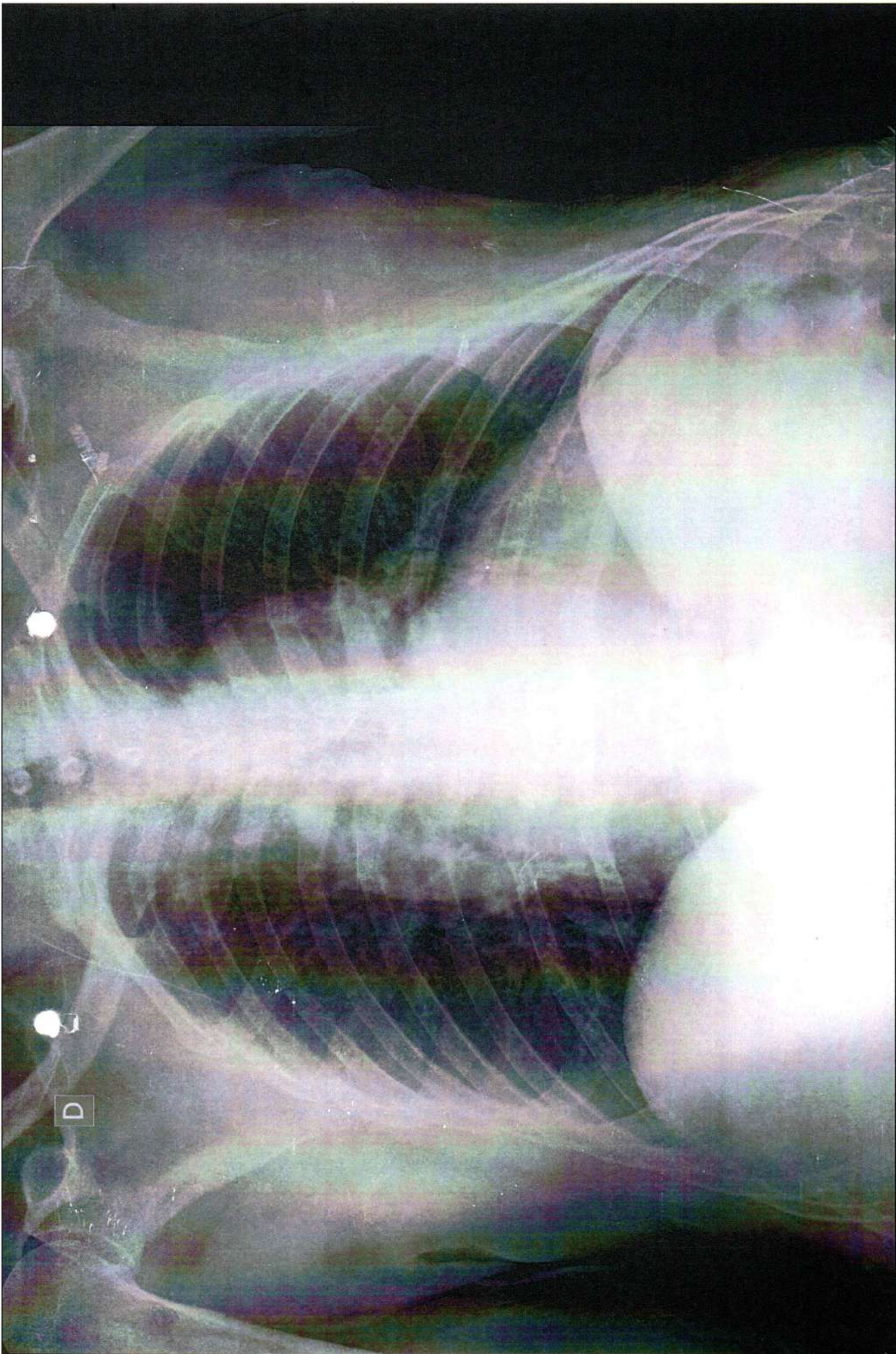
62,2 %

ALUIZIO PEREIRA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID: 854
Data: 30/04/2019

Nr: 1
Tec: ANTONIO





ALUIZIO ALVES

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

120-2 BL B

18/2/2019 14:43:37

57.5 %

SINISTRO 3190403520 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ALUIZIO ALVES PEREIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO ALUIZIO ALVES PEREIRA

CPF/CNPJ: 19996624234

Posição em 30-07-2019 12:56:48

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora

Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
-------------------	----------------------	------------------	-------------

31/07/2019

R\$ 4.050,00

R\$ 0,00

R\$ 4.050,00

ESTORNO

x 25%

= 1.012.50.

