

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2639769720200218114048

Processo 0800097-74.2020.8.23.0090 - (11 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

| Informações Gerais | Informações Adicionais | Partes | Movimentações | Apensamentos (0) | Vínculos (0) |
|---|------------------------|--------|---------------|------------------|--------------|
| Realces Realçar Movimentos : <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência | | | | | |
| Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória | | | | | |
| Filtros Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor Público <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor | | | | | |
| Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/> | | | | | |

13 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 13

500 por pág. 1

| Seq. | Data | Evento | Movimentado Por |
|--|------------------------|--|--|
| JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO | | | |
| - | 13 18/02/2020 11:40:48 | Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador |
| | | 13.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2695735CONTESTACAO01.pdf | Público |
| | | 13.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2695735CONTESTACAOAnexo021.pdf | Público |
| | | 13.3 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2695735CONTESTACAOAnexo022.pdf | Público |
| | | 13.4 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf | Público |
| EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO | | | |
| 12 | 18/02/2020 09:52:09 | Para advogados/curador/defensor de JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 11) JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE (17/02/2020) | JANNE KASTHELINÉ DE SOUZA FARIAS Analista Judiciária |
| + | 11 17/02/2020 14:53:02 | Cumprimento de intimação - Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE (13/02/2020) | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador |
| LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA | | | |
| 10 | 14/02/2020 09:23:21 | (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 14/02/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 7) EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE (13/02/2020) e ao evento de expedição seq. 8. | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador |
| LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA | | | |
| 9 | 14/02/2020 09:02:32 | Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 14/02/2020 referente ao evento de expedição seq. 7. | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador |
| EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO | | | |
| 8 | 13/02/2020 18:11:48 | Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 7) EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE (13/02/2020) | Antonio Ricardo da Silva Junior Analista Judiciário |
| + | 7 13/02/2020 18:11:30 | EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis | Antonio Ricardo da Silva Junior Analista Judiciário |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BONFIM/RR

Processo: 08000977420208230090

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 **JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASCHE**, 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

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontrovertido na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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, foi apurada a seguinte lesão:

| PARECER DE ANÁLISE MÉDICA | | |  Seguradora LÍDER Administradora do Seguro DPVAT | |
|---|--|--|--|-----------------------|
| DADOS DO SINISTRO | | | | |
| Número: 3190653376 | Cidade: Bonfim | Natureza: Invalidez Permanente | | |
| Vítima: JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE | Data do acidente: 20/08/2019 | Seguradora: MBM SEGURADORA S/A | | |
| PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA | | | | |
| Data da análise: 17/12/2019 | | | | |
| Valoração do IML: 0 | | | | |
| Perícia médica: Não | | | | |
| Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO - GALEAZZI. P6 | | | | |
| Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P31/34 ALTA. | | | | |
| Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. | | | | |
| Sequelas: Com sequela | | | | |
| Documento/Motivo: | | | | |
| Nome do documento faltante: | | | | |
| Apontamento do Laudo do IML: | | | | |
| Conduta mantida: | | | | |
| Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. | | | | |
| Documentos complementares: | | | | |
| Observações: | | | | |
| Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data. | | | | |
| DANOS | | | | |
| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
| Perda funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| | | Total | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

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

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

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

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituir-a através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo 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 ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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 20/08/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), conforme demonstrado abaixo:

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: 20/12/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

BANCO: 104
AGÊNCIA: 03588
CONTA: 000000006871-1

Nr. da Autenticação 1C858DE876BE27D1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESSENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APPLICAÇÃO 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.

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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 da 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 horários 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 Excelênciia 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:

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷ art. 1º. (...)

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

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

Para fins do expresso 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,

BONFIM, 12 de fevereiro de 2020.

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 o 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 GRAADAÇÃO

| 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 | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior | | | | | |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral | | | | | |
| Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica | R\$ 13.500,00 | R\$ 10.125,00 | R\$ 6.750,00 | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.350,00 |
| Lesões de órgãos e estruturas crâno-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 | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos | 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 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/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINÉ 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 **JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASCHE**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **BONFIM**, nos autos do Processo nº 08000977420208230090.

Rio de Janeiro, 12 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ 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: 20/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03588

CONTA: 00000006871-1

Nr. da Autenticação 1C858DE876BE27D1



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Césarão Enx. Setor, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 Insc. Estadual: 24.007.022-3

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0526581-9

Nº da Nota Fiscal 083855337

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSE é lei ordinária
Lei nº 10.428 de 26 de abril de 2002.

| CONTA MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|--------------|------------|---------------|---------------------|
| OCTUBRO/2019 | 06/11/2019 | 516 | 363,32 |

AVILA SILVA RODRIGUES
R. FRANCISCO ARAUJO VIEIRAS 395 QD 26 CIDADE NOVA

CPF: 00876452838272

CEP: 69.389-000 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (kWh)

Mês: 3293
Anterior: 32457
Dígn de consumo: 31
Constante de Multiplicação: 1,000
Consumo medido: 516
Consumo Faturado: 516

DATAS DA LEITURA

Atual: 18/10/2019
Anterior: 17/09/2019
Próxima leitura: 18/11/2019
Emissor: 17/10/2019
Aproximação: 15/10/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo: 3
Classe/Subclasse: RESID.BX.REND
Urgência: MÉMO
Número Medidor: 90896650
Forma de Faturamento: NORMAL
Modalidade: CONVENCIONAL

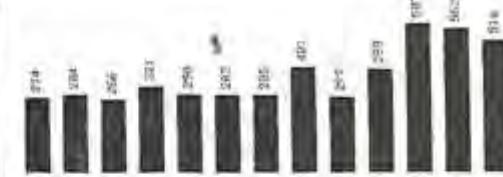
DESCRIÇÃO DA CONTA

| | |
|--|-----------------------------|
| CONSUMO | 30 A R\$ 0,262144 = 7,86 |
| | 70 A R\$ 0,449335 = 31,45 |
| | 120 A R\$ 0,674684 = 80,89 |
| | 296 A R\$ 0,748975 = 221,69 |
| DESCONTO INDÍGENA/QUILOMBOLA CONTR. ILUMINAÇÃO PÚBL. (COSIP) | 13,97 |
| SUBVENÇÃO BAIKHA RENDA | 23,00 |
| CORREÇÃO MONETÁRIA DA 07/19-00 | 52,64 |
| CORREÇÃO MONETÁRIA IG 07/19-00 | 0,06 |
| MULTA POR ATRASO DE I 07/19-00 | 1,63 |
| JUROS DE MORA POR ATR 07/19-00 | 2,04 |
| MULTA POR ATRASO 07/19-00 | 0,46 |
| JUROS DE MORA DE IMPO 07/19-00 | 4,88 |
| JUROS DE MORA DE IMPÔ 07/19-00 | 3,33 |

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
30 A 30 - 0,217590
31 A 100 - 0,372990
101 A 223 - 0,355490
224 A 516 - 0,521650

HISTÓRICO DE MEDICAO



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

Nes/Proj. Valor R\$ Unidade consumidora submetida à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/11/2019, em função das contas reajustadas neste faturamento. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e/ou reajustada(s) no valor de R\$ 411,24 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007015120 E FAÇA OPÇÃO (VENCIMENTO) 1 5 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

4-H07.E000-0000.4672-F216-SHRS-00B3-72P2

FCM

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Energia: 186,26 Encargos: 9,67
Distribuição: 87,84 Tributos: 58,12
Transmissão: 0,00

Baixa de Cálculo: ICMS: 17,00% 58,12
341,31 PIS: 0,000000% 0,00
COFINS: 0,000000% 0,00

INDICADORES DE CONTINGUIDADE

| DIC | DIC | | | DIC | | | DIC | | |
|-----------|------|---------|-------|----------------------|---------|-------|-------|---------|-------|
| | Máx | Mediana | Anual | Máx | Mediana | Anual | Máx | Mediana | Anual |
| Límite | 0,26 | 0,02 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Realizado | 0,16 | | | 0,00 | | | 0,00 | | |
| Consumo | | | | Período de apuração: | 10/2019 | | EUSD: | 0,82 | |

R\$ 1.091.818,00 - 09.01.000000



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Césarão Enx. Setor, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0526581-9

TOTAL A PAGAR - R\$

363,32

MÊS FATURADO

10/2019

VENCIMENTO

06/11/2019

Nº da Nota Fiscal 083855337

83650000003 6 63320075000 6 00000000526 4 58191019006 0



RES.: 09823

REC.: 0026681-9

DT. LEIT.: 10/10/2019

T. ENTR.: 07

LEITURA: 02970

IRREG.: 000

TOTAL: 363,32

CARGA: 001

DT. VEN.: 06/11/2019

IRREG.: 000

COL. 001: 0001

IRREG.: 0001 NOVO1

22 NOV. 2019



RORAIMA ENERGIA
 AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA
 VISTA
 CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 2419388

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

| CÓDIGO ÚNICO | MÊS | PERÍODO DE CONSUMO |
|---------------|------------|-----------------------|
| 1089153 | 02/2019 | 25-JAN-19 a 22-FEB-19 |
| CONSUMO (kWh) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
| 237 | 11-MAR-19 | R\$ 229,20 |

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 |
|--------------|---------|---------------|
| 1089153 | 02/2019 | R\$ 229,20 |

836100000022.292000750003.000000001081.915302190052



22 NOV. 2019

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

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 9135

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://www1.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGUERO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilan Inácio de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jerisson da Silva Rodrigues Brashé inscrito (a) no CPF sob o N° 015.027.402 / 57

do sinistro de DPVAT cobertura Involidez da vítima Jerisson da Silva Rodrigues Brashé

Inscrito (a) no CPF sob o N° 015.027.402 / 57, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | | |
|-----------|-------------------------------------|---------|-------------------|---------------------------------------|
| Endereço: | <u>Rua Antônio Linheiros Galvão</u> | Número: | <u>1832</u> | Complemento: |
| Bairro: | <u>Buritis</u> | Cidade: | <u>Boa Vista</u> | Estado: <u>RR</u> |
| E-mail: | <u>ILOIRRR@gmail.com</u> | | | |
| | | CEP: | <u>69.309-209</u> | Tel.(DDD): <u>(95) 9.8403-3060</u> |

Local e Data: _____


Assinatura do Declarante



FICHA DE ATENDIMENTO Clínico Obstétrico Trauma

Unidade: SAMU

Equipe: Félix Beverly / and - Juan

Paciente: Jerisson de Sylz Rodriguez Bracho Idade: 26a. Sexo: F M

Nacionalidade: Brasileiro Raca: Branca Negra Parda Amarela Indígena-Etnia Mestiço

Enderroco: 24 PAR - Rue: Tucumán Fairies - 1º de Julio

Ponto de referência

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|--|-----------------------------|----------|--------|
| CHAMADA | Nº da Ocorrência: <u>14188</u> | DATA: <u>20/05/19</u> | HORA SAÍDA (Acionamento): <u>22:34 Hs.</u> | | | | | | |
| | Médico (a) Regulador (a) CRM: <u>Francisco - Andeson</u> | HORA CHEGADA (J/10): <u>23:25 Hs.</u> | | | | | | | |
| MOTIVO: | <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR <input type="checkbox"/> APOIO: | MECANISMO DE TRAUMA | | | | | | | |
| AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (acidente) | AUTOMÓVEL <input checked="" type="checkbox"/> Capotamento <input checked="" type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão X _____ Motorista _____ Passageiro Banco dianteiro _____ Passageiro Banco traseiro _____ | <input type="checkbox"/> Uso do cinto _____ <input type="checkbox"/> Vítima projetada _____ <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada _____ <input type="checkbox"/> Air Bag _____ | MOTO/BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Acidente com moto X _____ <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input checked="" type="checkbox"/> Com capacete _____ <input type="checkbox"/> Bicicleta _____ <input type="checkbox"/> condutor <input type="checkbox"/> passageiro _____ | VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> Agressão Física _____ <input type="checkbox"/> FAB _____ <input type="checkbox"/> FAF _____ <input type="checkbox"/> Espancamento _____ <input type="checkbox"/> Violência Doméstica _____ <input type="checkbox"/> Violência Sexual _____ <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio _____ <input type="checkbox"/> Outro: _____ | OUTROS <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajetória _____ <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox. _____ <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico _____ <input type="checkbox"/> Queimadura Agente _____ <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____ | | | | |
| | AVALIAÇÃO INICIAL | | | | | | | | |
| AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (acidente) | Vias Aéreas | Ventilação | Circulação | Avaliação Neurológica | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apneia <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Fisiopneumia</u> | <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído _____ <input type="checkbox"/> M.V. Ausente _____ <input type="checkbox"/> Hipertimpâlmio _____ <input type="checkbox"/> Maciez _____ <input type="checkbox"/> Fenda Aspirativa _____ <input type="checkbox"/> Abolida _____ <u>Normal</u> | <input type="checkbox"/> Bradicardia _____ <input type="checkbox"/> Taquicardia _____ <input type="checkbox"/> Arritmico _____ <input type="checkbox"/> Enchimento capilar >2 segundos _____ <input type="checkbox"/> Ausente _____ <u>A. 2s f</u> | <input checked="" type="checkbox"/> AVDN <u>A</u> <input type="checkbox"/> DNV _____ <input type="checkbox"/> Miose _____ <input type="checkbox"/> Midriase _____ <input type="checkbox"/> Anisocoria _____ <input type="checkbox"/> Otorragia _____ <input type="checkbox"/> Rinorragia _____ <input type="checkbox"/> Otorréia _____ <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado | | | | | |
| AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (acidente) | SINAIS VITAIS E ESCORES | | | | | | | | |
| | Horas | P.A mm/hg | F.C bpm | F.R Mpm | Sat O ₂ % | T. °C. | Esc. visual anal. EVA "DOR" | Glicemia | Trauma |
| Início <u>22:45</u> | <u>120x80</u> | <u>78</u> | <u>38</u> | <u>97</u> | <u>36,5 C</u> | <u>8</u> | - | - | - |
| Fim | | | | | | | | | |
| AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (acidente) | AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA | | | | | | | | |
| | Pele | Cabeça | Face | Pescoço | Tórax | Abdome | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Quente <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"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante | <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input checked="" type="checkbox"/> Fer. Penetrante | <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo <input checked="" type="checkbox"/> Hematoma | <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento <input checked="" type="checkbox"/> Hematoma | <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento <input checked="" type="checkbox"/> Hematoma | <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento <input checked="" type="checkbox"/> Hematoma | | | |
| Pélvis | Coluna Dorsal | | | 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"/> Deformidade <input type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Dor leve <input type="checkbox"/> Intensa | | <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Luxações | <input checked="" type="checkbox"/> Fratura <u>7</u> <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Avulsão <u>MM 55 D</u> | <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Evisceração <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Hematoma | | | | |
| AVALIAÇÃO CARDIÁCA | | | AFFEÇÃO CLÍNICA | | | HISTÓRIA PEGRESSA | | | |
| Ritmo Sinusal Taquicardia Bradicardia | Fibrilação atrial Fibrilação ventricular Assistolia | | Respiratória Neurologica Psiquiátrica Metabólica Cardiovascular Aborto | Digestiva Infecciosa Obstétrica Pediatrica Outra <u>Intoxicação</u> | Diabetes Cardiopatia HAS Sequela de AVC Medicação em uso | Alergias Outros | | | |
| GRAVIDADE COMPROVADA <u>BONFIM-RR</u> | <input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> SEVERA | <input checked="" type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> OBITO | <input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> INDETERMINADA | <input type="checkbox"/> OUTRO | | | | | |
| INCIDENTE | CERTIFICO DE SAVENTAS EXTRAMURAS Tartório de Bonfim | | | | | | MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS | | |
| <p>Certifico e dou fé que a presente é fotocópia fiel do documento original que me foi apresentado. Em testamento, <u>23/05/2019</u>, na verdade. Bonfim, 23/05/2019.</p> <p>SELO TIPO: RECEBIDO TESTAMENTO AUTOMATICO. Data: 23/05/2019</p> <p>Outros:</p> | | | | | | | | | |

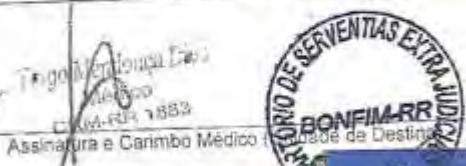
Certifico e dou fé que a presente é fotocópia fiel do documento original que me foi apresentado. Em testemunho, Luis, da verdade. Bonfim, 23/10/2019.
SELO TJRR: RECFIR158238LJZHLB211KMAW12, Cetálio Figueiredo, 23/10/2019
R\$ 53,33 Total: R\$ 4,40 Emolumentos, R\$ 245, FECOM, R\$ 0,10 FISCALIZAÇÃO
R\$ 0,10 FUNDEJURR, R\$ 0,25 ISS, R\$ 3,00 Salvo, R\$ 1,50 Consulta
em <https://edoces.judicial.mt.gov.br>

Malca Rashena Fernanda Griffith
Escrevente

22 NOV. 2019

DADOS PESSOAIS DA VITIMA

| | | |
|---------|---|--|
| RCP | <input type="checkbox"/> Iniciada as RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP não realizado Obs: | <input type="checkbox"/> Término as RCP sem sucesso |
| DESTINO | <input type="checkbox"/> Atendido no local <input type="checkbox"/> Hospital Pedro Alves Rodrigues - HPAR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR | <input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hospital da Criança Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Coronel Mota - HCM |



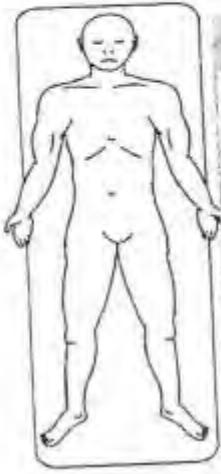
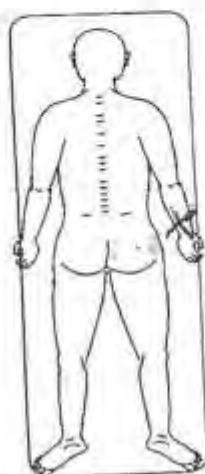
| | | |
|-------------------------------------|--|----------------------|
| PERTENCE DO PACIENTE | Descrição: | |
| | Nome do Receptor: | |
| | Função do Receptor: | |
| | Assinatura do Receptor: | |
| TERMO DE RECUSA | Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico. | |
| | Assinatura do Paciente: | |
| GESTANTE | | MATERIAL E MEDICAÇÃO |
| IG p/ semana: | Movimentos fetais: | |
| Perda de líquido: | BCF: | |
| <input type="checkbox"/> Com cartão | <input type="checkbox"/> Sem cartão | |

Certório de Bonfim

Ofício Ente de Bonfim-KR
PARA: Prefeitura de Juazeiro - BA
Município de Juazeiro
Data: 23/10/2019

Certifico e dou fé que a presente é fotocópia fiel do documento original que me foi apresentado. Em testemunho Malca Rashena Fernanda Griffith da verdade. Bonfim, 23/10/2019.
SELO TJRR: RECFIR168238WDRVPECDOM380241 Datafirm: 23/10/2019
11.73.93.7.101 PS 4.40. Encaminhado: PR 2.45. RECOM. R\$ 0.10. ESCALIZACAO
R\$ 0.10. FLANGEJURR. R\$ 0.25. ISS. R\$ 100. Selo: R\$ 1.50. Consulta
em <https://cidadao.portaldoen.com.br>.

Malca Rashena Fernanda Griffith
Escrevente



| Variáveis | Escore |
|---------------------------|--------|
| Abertura ocular | 4 |
| A voz | 3 |
| A dor | 2 |
| Nenhum | 1 |
| Resposta verbal | 5 |
| Confusa | 4 |
| Palavras Inapropriadas | 2 |
| Palavras Incompreensíveis | 2 |
| Nenhuma | 1 |
| Resposta motora | 6 |
| Obedece comandos | 5 |
| Locomoção | 4 |
| Movimento em retroada | 3 |
| Fixação olhada | 2 |
| Extensão órtica | 2 |
| Nenhuma | 1 |
| Total máximo | 15 |
| Total mínimo | 3 |



22 NOV. 2019

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Mr. Jerison da Silva Rodrigues Braga, 26 anos, vítima de acidente de moto, com capacete, com suspeita de fratura no membro (1) na região acromion/úmero, com lesões escoriações na mão (2), suspeito de dor na região do Traumato, SSVV preservada, com alteração na PA: 140/90 mmHg. Adm. 1 amp. de Bicarbonato + 1 féraxico 10 mg. EV. Pac. com SSVV preservada, encaminhado ao grande trauma HGR, entregue aos cuidados do Dr. Thiago Mendonça.

Téc. de Enfermagem Socorrista
CNPJ: RR776.01

Atencioso e profissional

neur. r. 740 22/08 NESTA JUNTO

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral do Roraima - PAAR / PSIE
Av. Brigadier Eduardo Gomes, 3300

I^ª Classificação/Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

| | | | | | | | |
|--|--|------------------------|------------------------|--------------------|--------------|------------------|---------------|
| 190151416 | 21/08/2019 00:08:18 | Data Nascimento | Idade | CNS | CPF | NOTURNO 19- | |
| Paciente | JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE | 25/08/1991 | 27 A 11 M 27 D | Naturalidade | 01502740257 | 1 | |
| Documento | Órgão Emissor | Data Emissão | Sexo | Estado Civil | País/Cor | Nacionalidade | |
| Tipo Doc | M | | | | PARDA | BRASILEIRA | |
| Mãe | ANNA DA SILVA RODRIGUES | | Pai | | Contato | (95) 98402-7236 | |
| Endereço | | | | | | Ocupação | NÃO INFORMADA |
| - RUAICA - 46 - TREZE DE SETEMBRO - BOA VISTA - RR | | | | | | | |
| Class. de Risco | Plano Convênio | Nº da Carteira | Validade | Autonomia | Sis Prenatal | | |
| Motivo do Atendimento | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | Caráter do Atendimento | Profissional do Atend. | Procedência | Temp. | Peso | |
| ACIDENTE DE MOTÔ | URGÊNCIA | | | - Procedimento Sol | | Pressão | |
| Setor | Tipo de Chegada | | | | | Registrado por: | |
| GRANDE TRAUMA | DEMANDA ESPONTÂNEA | | | | | WALDEMAR STOCKER | |
| Queixa Principal | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue | | | | | | |

Anamnese de Enfermagem

Quando chego às 18h em ordem. Tive ida ao S. M. Olá o lado esquerdo é que se sente doloroso.

GSC
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - Hora da Consulta -

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Relato tiveram um corte direto e transversal forte no MSO; dia 14/08 fui para o pronto auxílio, Olá, BEG, LSO R. 445.

SACT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECO OUTROS

| PRESCRIÇÃO | APARECIMENTO | OBSERVAÇÃO |
|-----------------------|--------------|------------|
| <i>Tomar ce USD</i> | | |
| <i>oxipirine 15 Q</i> | | |
| <i>reverin 10 Q</i> | | |
| <i>Ortopedia</i> | | |

Conduta

Atender Delegado Médico
 Atender Pediatria
 Atender Novo(a)
 Transferência para:

Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação
Data e Hora da Saída/Alta

Óbito

Amigos do 1^º Atendimento? Sim Não Destino: Família IML Anatomia Patológica

Dr. José A. Lopez Aguiar

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



Impresso por: waldeimar.stocker
Data/Hora: 21/08/2019 00:11:34

DR. WALDEMAR STOCKER
Médico de Família
CRM-RR 566

22 NOV. 2019

Data 23.08.19

BLUCU A

| | | | |
|--|------------------|---------------|---|
| SUS | Sistema de Saúde | Brasília D.F. | LANDO I. DA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | | 2 - CNES | |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE | | 11111 | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE | | 4 - CNES | |
| 11111 | | 11111 | |

| | | |
|--|--|-----------------------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | B - Nº DO PRONTUÁRIO |
| 5 - NOME DO PACIENTE | | 174580 |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | E - DATA DE NASCIMENTO |
| 8 9 18 10 10 13 21 21 21 11 31 8 14 19 | | 25/08/91 |
| 10 - NOME DA MRE OU DO RESPONSÁVEL | | F - SEXO |
| Ana Lea Silva Rodrigues | | m |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, N. BAIRRO) | | G - TELEFONE DE CONTATO |
| BV | | 03191814192713126 |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | H - CÓD. IBGE MUNICÍPIO - I5 - UF |
| BV | | RJ |
| 16 - CEP | | 11111 |

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS CLÍNICOS

fole cedent, opacu
o debandado e catarral d.

22 NOV. 2019

| | |
|--|---|
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) |
| Cinura |  03/10/2019 |
| 20 - DESCRIÇÃO DO DIAPOSITIVO | 21 - COD. FAB. FARMAC. - 22 - V. FARMAC. - 23 - FAB. FARMAC. - 24 - FAB. FARMAC. |
| LXO Funtur Galzar USP | |

| | |
|--|---|
| 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | PROCEDIMENTO SOLICITADO |
| OSTEOSÍNTESE ATROBIMCO PI | 21 - CÓDIGO - 22 - CARÁTER DA INFORMAÇÃO - 23 - DATA DO TÉCNICO - 24 - DATA DO ASSISTENTE |
| Cinval DR. G. LOPES | 1708 21/10/19 5159153162211 |
| José R. Lopes Aguiar 21/08/19 | 25 - DATA DA ASSINATURA |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS DE FALECIMENTO | |
| 26 - LÍNEA DE GUARDA | 27 - LÍNEA DE GUARDA |
| 28 - LÍNEA DE GUARDA | 29 - LÍNEA DE GUARDA |
| 30 - LÍNEA DE GUARDA | 31 - LÍNEA DE GUARDA |
| 32 - LÍNEA DE GUARDA | 33 - LÍNEA DE GUARDA |
| 34 - LÍNEA DE GUARDA | 35 - LÍNEA DE GUARDA |



21/8/19

0308010019
5523 1068
V299

PRESCRIÇÃO DIÁRIA



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Jerísson da Silva Rodrigues.

22 NOV. 2019

| UNIDADE/SETOR: | QUARTO: | LEITO: | Nº REGISTRO |
|--|-----------------------------------|-----------------|----------------|
| 14C2 | | | |
| NO ME DO PACIENTE: Jerísson da Silva Rodrigues Braga | | | |
| PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: Dr. Jérísson | | | |
| DATA/HORA: 21/10/19 | PRESCRIÇÃO: 1) Ciclofase livre | Saída: 02/11/19 | HORÁRIO: Manhã |
| 6:00 Dextro 500mg/5ml | 2) Scdip Setorido rnv | | |
| | 3) Dipirona 250 mg C/100 ml | 02/11/19 | |
| | 4) Tilitatil 200 mg 1x/dia | 02/11/19 | |
| | 5) Ondopeptido 400 mcg 1x/dia | 02/11/19 | |
| | 6) CRV | Roteiro | |
| | 7) Anel bloco | NIRI | |

112 - 1

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

| | | | | | |
|------------------|--|-----|------------|----|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | 21/08/2019 | DN | 25/08/1991 |
|------------------|--|-----|------------|----|------------|

PACIENTE JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

AGNÓSTICO FRAT-LUX DE GALLEAZZI DIREITO

| | | | | | |
|----------|------|-----|-----|-----|-----|
| ALERGIAS | NEGA | HAS | NÃO | DM2 | NÃO |
|----------|------|-----|-----|-----|-----|

| | | | | | |
|-------|----|-------|--|------|------------|
| IDADE | 27 | LEITO | | DATA | 22/08/2019 |
|-------|----|-------|--|------|------------|

| | |
|------|---------|
| ITEM | HORÁRIO |
|------|---------|

| | | |
|----|--|----------|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | 6h |
| 2 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA | SC 4 |
| 5 | DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 H S/N | SC 4 |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA | SC 4 |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | SC 4 |
| 8 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | SC 4 |
| 9 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | SC 4 |
| 10 | CURATIVO DIÁRIO | Deslizar |
| 11 | SSVV + CCGG 6/6 H | Dorosa |

| | |
|----|--|
| 12 | |
|----|--|

| | |
|----|--|
| 13 | |
|----|--|

| | |
|----|--|
| 14 | |
|----|--|

| | |
|----|--|
| 15 | |
|----|--|

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV +

AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

| SINAIS VÍ | PA | FC | FR | TEMP | Dr Odilachi Okemiri Médico CRM/RR 1851 |
|-----------|--------|----|----|--------|--|
| 6 H | 140/90 | 64 | - | 37° | |
| 12 H | 115x85 | 80 | | 36,3°C | |
| 18 H | | | | | |
| 24 H | 132/73 | 69 | | 35,6 | |

AO BLOCO

→ N.R.

07-53h - Paciente no leito, TO.T.E., sem queixas.
Segue as cuidados da equipe. Kefascondele
Kerany Syfascondele
Tec. de Enfermagem
COREN-RR 1.248.368

22 NOV. 2019

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | |
|------------------|---|---------|--------------|---------------------------|
| DATA DE ADMISSÃO | DIH | 21/8/19 | DN | 25/08/1991 |
| PACIENTE | JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE | | | |
| AGNÓSTICO | FX DE GALEAZZI D | | | |
| ALERGIAS | HAS | SIM | DM2 | |
| IDADE | 25 | LEITO | <u>112-1</u> | DATA <u>23/08/2019</u> |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | |
| 7 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | |
| 8 | DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN | | | |
| 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 | TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN | | | |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA | | | |
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | | | |
| 16 | CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA | | | SUSPENSO |
| 17 | CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H | | | SUSPENSO |
| 18 | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H | | | SUSPENSO |
| 19 | TILATIL 20MG EV DE 12/12H | | | |
| 20 | <i>Alto do Hospital</i> | | | |
| | <i>Cirurgia</i> | | | |
| | <i>pronto para alta</i> | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,
CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, COM PULSOS PERIFÉRICOS PRESERVADOS
EM USO DE TALA EM MSD.

SOLICITADO :

CONDUTA : MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

PREVISÃO DE ALTA :

| SINAIS VITAIS | | | | | | |
|---------------|----|----|----|--|--|--|
| 6 H | PA | FC | FR | | | |
| 12 H | | | | | | |
| 18 H | | | | | | |
| 24 H | | | | | | |

22 NOV. 2019

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | |
|------------------|---|---------|-------|--------------------|
| DATA DE ADMISSÃO | DIH | 21/8/19 | DN | 25/08/1991 |
| PACIENTE | JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE | | | |
| AGNÓSTICO | FX DE GALEAZZI D | | | |
| ALERGIAS | HAS | SIM | DM2 | |
| IDADE | 25 | LEITO | 112-1 | DATA 23/08/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | |
| 7 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | |
| 8 | DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN | | | |
| 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 | TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN | | | |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA | | | |
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | | | |
| 16 | CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA | | | SUSPENSO |
| 17 | CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H | | | SUSPENSO |
| 18 | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H | | | SUSPENSO |
| 19 | TILATIL 20MG EV DE 12/12H | | | |
| 20 | <i>Até 15 dias</i> <i>com cinto</i> <i>próximamente</i> | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, COM PULSOS PERIFÉRICOS PRESERVADOS, EM USO DE TALA EM MSD.

SOLICITADO:
CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA
PREVISÃO DE ALTA:

| SINAIS VITAIS | | | | | | |
|---------------|----|----|----|--|--|--|
| 6 H | PA | FC | FR | | | |
| 12 H | | | | | | |
| 18 H | | | | | | |
| 24 H | | | | | | |



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Perinon do S. Rio Rodriguez, 2 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/10/11, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura do 5º e 6º osso do pé
NO DIA 1/11/11, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SENDO

Bordado OPERADO PELO DR. J. M. S. E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 1/11/11, ÀS 10:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 1/11/11, ÀS 10:00, COM O

DR. Cirurgião ortopedista para o
des Hospital de Boa Vista

ORIENTAÇÕES GERAIS:

HOSPITAL GERAL
Av. Brig. Faria Lima
Nova Friburgo - RJ
Aut. 269

- 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

23/10/11

Dr. Autor de alta
Ortopedista
CRM-RJ 1954

BOA VISTA,

22 NOV. 2019

MÉDICO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

2 - CNES

231965-9

4 - CNES

231965-9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

00174580

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

708904750776515

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/08/1991

9 - SEXO

1 - Masculino

10 - RAÇA / COR

PARDA

11 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

ANA DA SILVA RODRIGUES

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA: OIACA - 46 -- TREZE DE SETEMBRO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BOA VISTA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

140010

18 - UF

RR

19 - CEP

69.306-160

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Painel de fratura - luxação de
fêmur (1)

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Internar

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

Histórico + Exame Físico + Radiografias

Fratura - Luxação de fêmur (1)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL 24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUNDÁRIO 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

CIRURGIA GERAL

ELETIVO

C. N. S.

32 - Nº DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

DALSON DENIS DA SILVA FEITOSA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/09/2019

Dr. Odinachi Okemini

Médico Residente

Ortopedista e Traumatologista

CRM: 185/RR

[Handwritten signature]

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

 EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESPROTEGIDO VAGABUNDO NÃO SEGURO DESEMPREGADO VAGABUNDO

PRÉ-ANESTÉSICO (parafusos nº 16 e 18).

PRÉ-ANESTÉSICO

ON 25.02.91

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

Datta et al.

100

MA ENFERMAGEM

Page 21.08

10P-12

RWT 0.25

11PA 31 90

Darshil Patel

Amanita

Assignment 2

22 NOV. 2019

Nome: Taunay da Silva Lourenço
Data de Nasc: 25/08/1991 Idade: 24
Setor/Leito:

Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

Data: 09/09/19

| DADOS PRÉ-OPERATÓRIO | | INTRA-OPERATÓRIO | | | | SRPA | | | |
|--|---|--|---|--|---|--|--|--|--|
| Cirurgia Proposta: | Informações: | Entrada na Sala | Inicio da Anestesia | Inicio da Cirurgia | Termino da Cirurgia | Anestesia | Cirurgia | Sinais Vitais | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Abdominal Crural | Jejum () Sim () Não Protease () Sim () Não Exames () Sim () Não Reserva UTI () Sim () Não Laterabilidade () Sim () Não PNE () Sim () Não Alergia () Sim () Não Qual: _____ | 8:55 | Cirurgia Realizada Colostomia aberta Fractura de e Gástrica () Hidratação Infundida SF 0,9%; SG 5%; | Anestesia Antibioticoterapia Hemoderivados | Posicionamento Sobre a b Hematoma | 1. Sonda 2. Curativa 3. Dreno 4. Acessó venoso 5. Outros: | Localização 0' 15' 30' 45' 1h 01:30 h 2 h | Horário F FC PA SpO2 Aldre- TE | |
| Reserva de Hemoderivado: () Sim () Não Outros: _____ | | Name: | CH: | Observações: | | | | | |
| 2. Chegou ao Centro Cirúrgico: <input checked="" type="checkbox"/> Deambulando <input checked="" type="checkbox"/> Consciente () Com Suporte de O2 () TOT () Afetado | | Dose: | Plasma: | Balanço Hídrico (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO) | | | | | |
| N * de Compressas oferecidas: | | Outros: | Plaquetas: | Entrada | | | | | |
| N * de Compressas recolhidas: | | Hora: | Anatomia Patológica: () Não () Sim Nº Peças: _____ () Cultura () Outros: | Saída | | | | | |
| Exames na SO: | | Hb () Hemograma () RX Gasometria () Outros: | SG/ VOLUME Medi- cação CH | Saida | | | | | |
| () HT () | | Ex: | SG/ VOLUME Medi- cação CH | Saida | | | | | |
| 3. Sinais Vitais: | | T _____ °C R _____ bpm PA _____ mmHg SAT _____ % () Regular () Irregular | Legenda: ① Eletrôdos ② Oxímetro ③ Mangote PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Venoclise 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 11. TOT () Não () Sim N° _____ 12. SVD () Não () Sim N° _____ 13. Outros: Sinais Vitais: Saída da SO T _____ °C R _____ bpm PA _____ mmHg SAT _____ % () Regular () Irregular | Saida | | | | | |
| 4. Anotações Admissão do Paciente: | | Destino: () SRPA () UTI () outros: _____ | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente) | | | | | | |
| <u>Residente: Taunay da Silva Lourenço</u> <u>Sexo: Mas. C-4</u> <u>Adm. Vias: Abdominal</u> <u>Vias de Td Unas</u> <u>Vias Fornículas</u> <u>Subluxação da coxa</u> <u>Diminuição de tônus</u> <u>Refluxo gástrico</u> | | | | | | | | | |

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVICIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGÍA

PRESCRIÇÃO MÉDICA



| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | DN |
|------------------|--|--------|------------------|
| PACIENTE | GILSON DA SILVA NOR | | |
| AGNÓSTICO | IMPLANTE ALVÍNICO | | |
| ALERGIAS | HAS | NEGA | DM2 |
| IDADE | LEITO | h10:00 | DATA 09/05/11 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFERICO | | |
| 3 | SF 0,9% 500ML EV S/N | | |
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H | | |
| 5 | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA | | |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | | |
| 7 | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM | | |
| 8 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h | | |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | |
| 10 | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H | | |
| 11 | CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | |
| 17 | SSVV + CCGG 6/6 H | | |
| 18 | CURATIVO DIÁRIO | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |

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

EVOLUÇÃO MEDICA:

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

EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.
ESCOLARIZADO, EN EL CONSUMO. - MÁS NUTRITIVO.

SOLICITADO : RX: # CONDUTA :

PROGRAMAÇÃO DE C

~~Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
COP-100-566~~

| | | | | | |
|---------------|--------|-------|-------|--------|---|
| SINAIS VITais | | | | 36° | MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |
| 6 H | 120x84 | FC 60 | FR 14 | 4 | |
| 12 H | 158x72 | 55 | | 36°C | |
| 18 H | 137x81 | 60 | - | 36.5°C | |
| 24 H | 124x74 | 70 | 14 | 36° | |

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

22 NOV. 2019



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Nome: Júlio Cesar da Silva

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

DATA HORA | 09/10/19 à 08:45 EVOLUÇÃO

* Chuva pesada

Paciente com queimadura de 2º (G) e 3º (Gal猩) grau
nos cocôs de fumamento cirúrgico (*Cathartes aura*).
Problema cirúrgico menor por falta de material cirúrgico
(parafuso d6 e d8)

CD: Nesta Orelharia
Ao Bloco

Dr. Fernando Freire
Res.

CD

ASSINATURA:

22 NOV. 2019

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

| | | | | |
|--|---|---|----------------------------|-----------------|
| Bloco: | Data: | Enfermaria: | Leito: | |
| | | DN: / / | Sexo: () F () M | |
| Nome Completo: | | | | |
| Hipótese Diagnóstica: | | | | |
| Isolamento ou Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula-aérosol () Gotícula-perdigoto | | | | |
| Alergia: () Sim () Não Qual (s): | | | | |
| Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma: | | | | |
| Possui acompanhante: () Sim () Não Obst: | | | | |
| Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante | | | | |
| SISTEMA NEUROLOGO | | | | |
| () Consciente () Orientado () Desorientado | () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico | () Normotensão () Hipotensão () Hipertensão | () Fibrilar () Arritmico | BC: PA: Pulsos: |
| () Sedado () Torpido () Comatoso | () Pulo Chelo () Filiforme | | | |
| () Agitado () Reage a estímulos () Não reage | | | | |
| PIRILAS | | | | |
| () Fotorreagente () Mióticas () Midriática | () Anisocôricas () Não reagentes | | | |
| REGULAÇÃO TÉRMICA | | | | |
| () Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico | () Febre () Pirexia | | | |
| () Hiperpirexia | | | | |
| CARACTERÍSTICAS DA PELE | | | | |
| () Hidratada () Desidratada () Ressecada | () Normocorrada () Hipocorrada () Hipercorrada | () Ictérica () Gianótica | | |
| () Anictérica | | | | |
| () Acanótica () Edema Local: | | | | |
| Ulceras por pressão: () Sim () Não | | | | |
| Região: | | | | |
| Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO | | | | |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO | | | | |
| () Eupneico () Bradipneico () Taquipneico | () Dispnéico | L: () Ar ambiente () Traqueostomia | | |
| Oxigenoterapia () Sim () Não | Qual: | | | |
| CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES | | | | |
| Cateter Periférico: () Sim () Não | Local: | Data: | | Trocárem: |
| Cateter Central: () Sim () Não | Local: | Curativo realizado em: | | Trocárem: |
| Sinais de Infecção no sítio da punção: | () Sim () Não | | | |
| Sondas: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT | | Lavagem: () Sifonagen: | | |
| Drano de: | Aspecto da secreção: | Quantidade: | | |
| Cateter Vesical: () Sim () Não | Data da instalação: | Trocárem: | | |
| Prótese: () Sim () Não | Tipo: | Local: | | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | | | | |
| () Deglutição Prejudicada () Risco de infecção () Risco de nutrição desequilibrada () Risco de glicemias instáveis () Risco de desequilíbrio do volume () Volume de líquidos excessivo () Volume de líquidos deficiente | () Padrão respiratório ineficaz () Ventilação espontânea prejudicada () Mobilidade física prejudicada () Risco de integridade da pele prejudicada () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Padrão de sono prejudicado () Déficit no autocuidado para higiene | () Risco de Lesão por Pressão () Risco de Quedas () Risco de Broncoaspiração () Eliminação urinária prejudicada () Risco de constipação () Comunicação deficiente | | |
| Escala de Morse | | | | |
| 1. Histórico de Queda | | 4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado | | |
| Não | 0 | Não | 0 | |
| Sim | 25 | Sim | 20 | |
| 2. Diagnóstico Secundário | | 5. Marcha/Deambulação | | |
| Não | 0 | Normal/Sem deambulação/Acamado | 0 | |
| Sim | 15 | Fraca | 10 | |
| 3. Auxílio na Deambulação | | Comprometida/Cambaleante | | |
| Nenhum/Acamado/Auxiliado | 0 | | 20 | |
| Muleta/Bengala/Andador | 15 | Orientado/limitado/conhece as limitações | 0 | |
| Mobilário Parede | 30 | Superestima capacidade/Esquece limitação | 15 | |
| TOTAL: | Risco Baixo: 0 - 24 | Risco Médio: 25 - 44 | Risco Alto: maior que 45 | |
| Prescrição para prevenção de queda no verso | | | | |

22 NOV. 2019



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | |
|------------------|--|-------|--------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | 25/08/1991 |
| PACIENTE | JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA-LUX DE GALLEAZZI DIREITO | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | DM2 | | |
| IDADE | 28 | LEITO | MACA 7 | DATA | 10/09/2019 |
| ITEM | | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | 5/11 |
| 2 | AVP | | | | month |
| 3 | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | | | | |
| 4 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | 5/11 |
| 5 | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N | | | | 20/9 |
| 6 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA | | | | 06 |
| 7 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | | | | 5/11 |
| 8 | TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR | | | | 11 |
| 9 | CURATIVO DIÁRIO | | | | M |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6H | | | | 10/11 |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | <u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| EVOLUÇÃO MÉDICA: | | | | | |

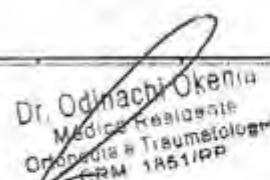
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO,
REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM
ALTERAÇÕES

:IL,

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

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

CONDUTA; MANTIDA

| SINAIS VITAIS | | | |  Dr. Odilacir Okenia Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 18511PP |
|---------------|--------|----|--------|--|
| 6 H | PA | FC | FR | |
| 12 H | 130x80 | 67 | 20 | |
| 18 H | 139/93 | 66 | - | |
| 24 H | 151x91 | 62 | - | |
| ab | (16x75 | 65 | 39,7°C | |

22 NOV. 2019

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

| | | | |
|---|--|---|--|
| Bloco: | Data: | Enfermaria: | Leito: |
| Nome Completo: | | DN: | / / |
| Hipótese Diagnóstica: | | | |
| Isolamento ou Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Padrão | <input type="checkbox"/> Contato | <input type="checkbox"/> Gotícula - aerosol <input type="checkbox"/> Gotícula - perdigotos |
| Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Qual (s): | | |
| Necessidade de Intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Qual idioma: | | |
| Possui acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Obs: | | |
| Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem deambulação <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas | <input type="checkbox"/> Fraca | <input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante | |
| SISTEMA NEUROLOGICO | | | |
| <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado | <input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico | <input type="checkbox"/> BCI: | |
| <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso | <input type="checkbox"/> Hipotônico <input type="checkbox"/> Hipertônico | <input type="checkbox"/> PA: | |
| <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage | <input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Fisiométrico <input type="checkbox"/> Arritmico | <input type="checkbox"/> Pulso: | |
| PUPILAS | | | |
| <input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Midóticas <input type="checkbox"/> Midriática | <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/> Não reagentes | <input type="checkbox"/> VPO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE | <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT |
| <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico | <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente | <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Colostomia |
| <input type="checkbox"/> Evacuações: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena | <input type="checkbox"/> Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente | <input type="checkbox"/> Melena | |
| REGULAÇÃO TÉRMICA | | | |
| <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada | <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hipercorada | <input type="checkbox"/> Normotônico <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Maciço | <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Timpântico |
| <input type="checkbox"/> Ácictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Clândatica | <input type="checkbox"/> Ascítico | <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente | <input type="checkbox"/> Flácido |
| <input type="checkbox"/> Edema Local: _____ | <input type="checkbox"/> Ruidos Hidroáreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente | <input type="checkbox"/> FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Hematuria |
| <input type="checkbox"/> Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua | <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Uropênia | |
| Região: _____ | <input type="checkbox"/> Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO | | | |
| <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico | <input type="checkbox"/> Dispnéico <input type="checkbox"/> Ar ambiente | <input type="checkbox"/> Traqueostomia | |
| Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Qual: _____ | | |
| CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES | | | |
| Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Local: _____ | Data: _____ | Trocárem: _____ |
| Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Local: _____ | Curativo realizado em: _____ | Trocárem: _____ |
| Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | |
| Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT | | <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem | |
| Dreno de: _____ | Aspecto da secreção: _____ | Quantidade: _____ | |
| Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Data da instalação: _____ | Trocárem: _____ | |
| Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Tipo: _____ | Local: _____ | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | | | |
| <input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada <input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente | <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para higiene | <input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão <input type="checkbox"/> Risco de quedas <input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de constipação <input type="checkbox"/> Comunicação deficiente | |
| Escala de Morse | | | |
| 1. Histórico de Queda | 4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado | | |
| Não 0 | Não 0 | | |
| Sim 25 | Sim 20 | | |
| 2. Diagnóstico Secundário | 5. Marcha/Deambulação | | |
| Não 0 | Normal/Sem deambulação/Acamado 0 | | |
| Sim 15 | Fraça 10 | | |
| 3. Auxílio na Deambulação | 6. Estado Mental | | |
| Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 | Comprometida/Cambaleante 20 | | |
| Muleta/Bengala/Andador 15 | Orientado/limitado/conhece as limitações 0 | | |
| Mobilidade Parede 30 | Superestima capacidade/Esquece limitação 15 | | |
| TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24 | Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45 | | |
| Prescrição para prevenção de queda no verso | | | |



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



| | | | | |
|--|--|-------|--------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | DN | 25/08/1991 |
| PACIENTE | JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA-LUX DE GALLEAZZI DIREITO | | | |
| ALERGIAS | HAS | DM2 | | |
| IDADE | 28 | LEITO | MACA 7 | DATA |
| ITEM | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | |
| 2 | AVP | | | |
| 3 | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | | | |
| 4 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | |
| 5 | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N | | | |
| 6 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA | | | |
| 7 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | | | |
| 8 | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN | | | |
| 9 | CURATIVO DIÁRIO | | | |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6H | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | <i>Alto risco</i> | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| <u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA



| SINAIS VITAIS | | | |
|---------------|----|----|----|
| 6 H | PA | FC | FR |
| 12 H | | | |
| 18 H | | | |
| 24 H | | | |

*Alto risco c/ programação
cirúrgica pelo NTO.*

22 NOV. 2019

ANAM Q3



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Jerisson Da Silva Ribeiro Brache, 18 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 29/10/19, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura da fíbula: (1)

NO DIA 20/10/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteosíntese da fratura da fíbula com placa 60 SENDO
OPERADO PELO DR. Dalson E DR. Marcelo A.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 21/10/19, AS 12,00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 09/11/19, AS 9,30 h., COM O
DR. Dalson

Agendar na Recepção HGR

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Odilaschi Okemura
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CNPJ: 1851/RR

BOA VISTA, 20/10/19

MÉDICO

22 NOV. 2019

ANEXA 63



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



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Jessica Da Silva Pachêco Brás, 18 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 22/10/19, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura clavícula (2)

NO DIA 20/10/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Clavícula - fratura dupla fechada (2) SENDO
OPERADO PELO DR. Dalsan E DR. Flávio A.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 21/10/19, ÀS 12,00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 09/11/19, ÀS 9,30h, COM O
DR. Dalsan

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

22 NOV. 2019

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

*Dr. Odinachi Okemini
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18517/RR*

BOA VISTA, 20/10/19

MÉDICO



| | | | |
|--|----------------------|----------------------|---------------|
| Paciente: Jerisson Da Silva Rodrigues Brashe | Sexo: Masculino | Nasc: 25/08/1991 | Idade: 27 ANO |
| Solicitação: 20121137 | Número Interno: | Solicitante: | |
| Origem: HGR | Setor: GRANDE TRAUMA | Leito: ÁREA VERMELHA | |
| Data de Emissão: 21/08/2019 01:45 | Recebimento: | | |

Resultado de Exame

Amostra: 2012113702

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado

Referência

12,00 seg

10,0 - 14,0 seg

RNI

0,85

0,8 - 1,2

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

31,90 seg

25,0 - 39,0 seg

RATIO

1,17

0,75 - 1,22

Notas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica.

Amostras coletadas sob circunstância estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.

22 NOV. 2019

Salete P. de Almeida
Bioquímica
CRF - 018

Responsável Técnico: Reinaldo Eduardo Costa Júnior - Responsável Técnico - CRF - RR 122

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

(*) Retificado

11/09/2019 09:15

Página: 1 de 1



Hospital Geral de Roraima
0xx96) 2121 0640-
E-mail:hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

GOVERNO
DE RORAIMA
SISTEMA ÚNICO



ESTADO DE RORAIMA
SERVIÇO DE HOSPITALIZAÇÃO DO BRASILEIRO

Paciente: Jerisson Da Silva Rodrigues Brashe
Solicitação: 20121137 Número Interno:
Origem: HGR Data de Emissão: 21/08/2019 01:45

Sexo: Masculino
Solicitante:
Setor: GRANDE TRAUMA
Recebimento:

Nasc: 25/08/1991 Idade: 27 ANO

Leito: ÁREA VERMELHA

Amostra: 2012113701

Resultado de Exame

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

| | Resultado | Referência |
|-------------|---------------------------|---------------------------------|
| LEUCÓCITOS | 9.15 x10 ³ /uL | 4.0 - 10.0 x10 ³ /uL |
| NEUTRÓFILOS | 58.80 % | 50.0 - 70.0 % |
| LINFÓCITOS | 29.90 % | 20.0 - 40.0 % |
| MONÓCITOS | 7.20 % | 3.0 - 12.0 % |
| EOSINÓFILOS | 3.20 % | 0.5 - 5.0 % |
| BASÓFILOS | 0.90 % | " 0.0 - 1.0 % |

ERITROGRAMA

| | | |
|-------------|---------------------------|----------------------------------|
| ERITRÓCITOS | 4.39 x10 ⁶ /uL | 4.32 - 5.52 x10 ⁶ /uL |
| HEMOGLOBINA | 13.70 g/dL | 13.5 - 18.0 g/dL |
| HEMATÓCRITO | 40.70 % | 40.0 - 50.0 % |
| VCM | 92.60 ug/L | 87.0 - 103.0 ug/L |
| HCM | 31.20 pg | 27.0 - 34.0 pg |
| CHCM | 33.70 g/dL | 32.0 - 37.0 g/dL |
| RDW CV | 11.80 % | 11.0 - 16.0 % |
| RDW SD | 46.20 fL | 35.0 - 56.0 fL |

PLAQUETOGRAMA

| | | |
|-----------|-----------------------------|------------------------------------|
| PLAQUETAS | 251.00 x10 ³ /uL | 150.0 - 400.0 x10 ³ /uL |
| VPM | 9.80 fL | 6.5 - 12.0 fL |
| ADP | 16.10 | 9.0 - 17.0 |
| PCT | 0.247 % | 1.08 - 2.82 % |

Salete P. de Almeida
Bioquímica
CRF - 018

22 NOV. 2019

Responsável Técnico: Reinaldo Eduardo Costa Júnior - Responsável Técnico - CRF - RR 122

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

11/09/2019 09:15

(*) Ratificado

Página 1 de 2



Hospital Geral de Roraima
0xx95) 2121-0640-
E-mail:hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3306 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU

GOVERNO
DE RORAIMA



ESTADO DE RORAIMA
AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DO BRASILEIRO

| | | | |
|--|-----------------|----------------------|----------------------|
| Paciente: Jerisson Da Silva Rodrigues Brashe | Sexo: Masculino | Nasc: 25/08/1991 | Idade: 27 ANO |
| Solicitação: 20121137 | Número Interno: | Solicitante: | |
| Origem: HGR | | Setor: GRANDE TRAUMA | Leito: ÁREA VERMELHA |
| Data de Emissão: 21/08/2019 01:45 | | Recebimento: | |

Resultado de Exame

DETERMINAÇÃO DO GRUPO SANGUÍNEO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M29 - Aglutinação

GRUPO SANGUÍNEO

ABO

Resultado

Referência

" O "

Sem Referência

RH

POSITIVO

Sem Referência

Notas

Resultados de RH Negativos expressos pela técnica de aglutinação devem ser confirmados.

22 NOV. 2019

Salete P. de Almeida
Bioquímica
CRF - 018

Responsável Técnico: Reinaldo Eduardo Costa Júnior - Responsável Técnico - CRF - RR 122

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

11/09/2019 09:15

(*) Retificado

Página: 2 de 2



Hospital Geral de Roraima
0xx95) 2121 0640-
E-mail:hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3305 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU

GOVERNO
DE RORAIMA



ESTADO DE RORAIMA
AMAZÔNIA FEDERATIVA DO BRASIL

| | | | |
|--|-----------------|----------------------|----------------------|
| Paciente: Jerisson Da Silva Rodrigues Brashe | Sexo: Masculino | Nasc: 25/08/1991 | Idade: 27 ANO |
| Solicitação: 20121137 | Número Interno: | Solicitante: | |
| Origem: HGR | | Setor: GRANDE TRAUMA | Leito: ÁREA VERMELHA |
| Data de Emissão: 21/08/2019 01:45 | | Recebimento: | |

Resultado de Exame

Amostra: 2012113703

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Metodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino
CREATININA

Resultado
2.42 mg/dL

Referência
0.7 - 1.4 mg/dL

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas.

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJÚM

Material: SORO

Metodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)
GLICOSE BASAL

Resultado
90.20 mg/dL

Referência
60.0 - 99.0 mg/dL

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Metodologia: M17 - Cinético Uv (urease)
UREIA

Resultado
48.69 mg/dL

Referência
15.0 - 40.0 mg/dL

22 NOV. 2019

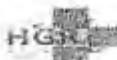
Thatiâne Reis
Farmacêutica - Bioquímica
CRF-RR 107

Responsável Técnico: Reinaldo Eduardo Costa Júnior - Responsável Técnico - CRF - RR 122

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

11/09/2019 09:15

(*) Rotulado
Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima
0xx95) 2121 0640 -
E-mail:hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3306 -
Aeroporto

NOCLÉO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU

GOVERNO
DE RORAIMA



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



| | | | | | |
|-------------------------|---|-------|---------------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | 20/09/2019 | DN | 25/08/1991 |
| PACIENTE | JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA DE GALLEAZZI DIREITO | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | DM2 | | |
| IDADE | 18 | LEITO | <u>MACA 3</u> | DATA | 21/09/2019 |
| ÍTEM | | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | |
| 2 | AVP | | | | |
| 3 | CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H | | | | |
| 4 | TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N | | | | |
| 5 | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N | | | | |
| 6 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA | | | | |
| 7 | PLASIL10MG EV 8/8H S/N | | | | |
| 8 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II | | | | |
| 9 | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | | | | |
| 10 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | |
| 11 | CURATIVO DIÁRIO | | | | |
| 12 | SSVV + CCGG 6/6H | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |
| EVOLUÇÃO MÉDICA: | | | | | |

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

ALTERAÇÕES

:IL,

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

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

| SINAIS VITAIS | | | | Dr. Odinachi Okemilli Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM: 1851/RR |
|---------------|----|----|----|--|
| 6 H | PA | FC | FR | |
| 12 H | | | | |
| 18 H | | | | |
| 24 H | | | | |

22 NOV. 2019



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

HCR
Hospital Care
Rehabilitation

GOUVERNO DE
RORAIMA.
Município de

| | | | | | |
|------------------|--|-------|--------------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | JERISSON DA SILVA | | | | |
| AGNÓSTICO | FX ANTEBRAÇO D | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | | DM2 | |
| IDADE | | LEITO | <u>MACA3</u> | DATA | 29/09/2019 |
| ITEM | PREScrição | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA LIVRE | | | | SN |
| 2 | AVP | | | | Mante |
| 4 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | | | | SN |
| 5 | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H | | | | 22 06 |
| 6 | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H | | | | 18 24 |
| 7 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | SN |
| 8 | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | | | | SN |
| 9 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O | | | | 06 |
| 10 | CURATIVO DIÁRIO | | | | M |
| 11 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | Rotina |
| 12 | SF 0,9% 500ML EV 12/12H | | | | 18 06 |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | <u>SE DIABÉTICO</u> 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: | | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

CONDUTA; MANTIDA

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|----|----|----|--|
| 6 H | PA | FC | FR | |
| 12 H | | | | |
| 18 H | | | | |
| 24 H | | | | |

22 NOV. 2019



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

| | | | |
|---|---|--|--|
| Bloco: | Data: | Efermária: | Leito: |
| Nome Completo: | TRAVINA DEL SELVA DN: 1017 / Sexo: () F () M | | |
| Hipótese Diagnóstica: | | | |
| Isolamento ou Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula-aérossol () Gotícula-perdigotos | | | |
| Alergia: () Sim () Não Qual(s): | | | |
| Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma: | | | |
| Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: | | | |
| Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante | | | |
| SISTEMA NEUROLOGO | | | |
| () Consciente () Orientado () Desorientado | () Sedado () Torpido () Comatoso | () Agitado () Reage a estímulos () Não reage | () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____ |
| () Isotônicas () Anisocôricas | () Midrásicas () Midriática () Não reagentes | () Normotensão () Hipotensão () Hipertenso PA: _____ | |
| SISTEMA CARDIOVASCULAR | | | |
| () Pulso Cheio () Fílige | () Aritmico | () Fibrilar | Pulso: _____ |
| PUPILAS | | | |
| () Fotorreageente () Mióticas () Midriática | () Isotônicas () Anisocôricas () Não reagentes | () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT | |
| REGULAÇÃO TÉRMICA | | | |
| () Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico | () Febril () Febre () Pirexia | () Acceptação da dieta: () Sim () Não () Parcial | |
| ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL | | | |
| () Normal () Diarreia () Constipação () Melena | () Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia | () Flatus: () Presente () Ausente | |
| Hiperpirexia | | | |
| CARACTERÍSTICAS DA PELE | | | |
| () Hidratada () Desidratada () Ressecada | () Normocorada () Hipocorada () Hipercorada | () Normotensão () Distendido () Globoso () Flácido | |
| () Anictérica () Ictérica () Gianótica | () Aclatônica () Edema Local: _____ | () Ascítico () Maciço () Timpanico | |
| Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente | | | |
| Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não | | | |
| REGULAÇÃO ABDOMINAL | | | |
| SISTEMA URINÁRIO / DIURESE | | | |
| () Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria | () Poliúria () Disúria () Colúria () Hematuria | () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropêna | |
| Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: | () Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico | () Ar ambiente () Traqueostomia | |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO | | | |
| Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ | Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ | | |
| Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não | | | |
| Sondas: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT | () Lavagem () Sifonagem | | |
| Dreno de: | Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ | | |
| Cateter Vesical: () Sim () Não | Data da Instalação: _____ Trocar em: _____ | | |
| Prótese: () Sim () Não | Tipo: _____ Local: _____ | | |
| CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES | | | |
| Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ | Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ | | |
| Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não | | | |
| Sondas: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT | () Lavagem () Sifonagem | | |
| Dreno de: | Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ | | |
| Cateter Vesical: () Sim () Não | Data da Instalação: _____ Trocar em: _____ | | |
| Prótese: () Sim () Não | Tipo: _____ Local: _____ | | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | | | |
| () Deglutição Prejudicada () Padrão respiratório ineficaz | () Ventilação espontânea prejudicada () Mobilidade física prejudicada | () Risco de Lesão por Pressão () Risco de Quedas | |
| () Risco de infecção () Risco de nutrição desequilibrada | () Risco de integridade da pele prejudicada () Risco de Broncoaspiração | () Eliminação urinária prejudicada () Risco de constipação | |
| () Risco de glicemias instáveis () Risco de desequilíbrio do volume | () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Padrão de sono prejudicado | () Comunicação deficiente | |
| () Volume de líquidos excessivo () Volume de líquidos deficiente | () Difícil no autocuidado para higiene | | |
| Escala de Morse | | | |
| 1. Histórico de Queda | | 4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado | |
| Não | 0 | Não | 0 |
| Sim | 25 | Sim | 20 |
| 2. Diagnóstico Secundário | | 5. Marcha/Deambulação | |
| Não | 0 | Normal/Sem deambulação/Acamado | 0 |
| Sim | 15 | Fraça | 10 |
| 3. Auxílio na Deambulação | | 6. Estado Mental | |
| Nenhum/Acamado/Auxiliado | 0 | Comprometida/Cambaleante | 20 |
| Muleta/Bengala/Andador | 15 | Orientado/limitado/conhece as limitações | 0 |
| Mobiliário Parede | 30 | Superestima capacidade/Esquece limitação | 15 |
| TOTAL: | Risco Baixo: 0 - 24 | Risco Médio: 25 - 44 | Risco Alto: maior que 45 |
| Prescrição para prevenção de queda no verso | | | |

22 NOV. 2019



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



| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | DN |
|------------------|---|-------|------------------|
| PACIENTE | Jeronimo da Silva | | |
| AGNÓSTICO | Já fui curado de Tadias | | |
| ALERGIAS | | HAS | NEGA |
| IDADE | | LEITO | DATA 20/09/19 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFERICO | | |
| 3 | SF 0,9% 500ML EV S/N | | |
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H | | |
| 5 | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA | | |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | | |
| 7 | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 | | |
| 8 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h | | |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | |
| 10 | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H | | |
| 11 | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H | | |
| 12 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | |
| 13 | SSVV + CCGG 6/6 H | | |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |

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

EVOLUÇÃO MEDICA:

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

EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO : RX: # CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

PREVISÃO DE ALTA :

Dr. Odinachi Okentu
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 115.574-P

| SINAIS VITAIS | | | |
|---------------|----|----|----|
| 6 H | PA | FC | FR |
| 12 H | | | |
| 18 H | | | |
| 24 H | | | |

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Bloco D
meca 03

22 NOV. 2019



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA - PMRR
CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

| | | | |
|---|-----------------------------|--|---------------------------------------|
| Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA | Especialidade: Ortopedia | Procedimento Realizado: Ost. de Frat. do Rádio Distal D | |
| Nome do Paciente: Jairsson da Silva | Nº do Prontuário | Data: 20/09/19 | |
| Bloco: | Enfermaria: | Leito: | |
| | | Mº da Sala 04 | Circulante de Saia: Larissa + Isac |

CAIXAS / EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

Review Fragments

Dados dos materiais/Serviço

MÉDICO CIRUJÃO: De Balsan 1º AUXILIAR: JR Moreira (R)

INSTRUMENTADOR: Fagner

3. VIDA PROFUTURO E PACIENTE

3. DNA/RNA

Digitized by srujanika@gmail.com

22 NOV. 2019

Nome: Silvana da Silva

 Data de Nasc: 25/08/1991 Idade: 27

 Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim () Não

 Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

 Setor/Leito: Mesa 03
 Data: 05/01/19

| DADOS PRÉ-OPERATÓRIO | | | | | | | INTRA-OPERATÓRIO | | | | | | | SRPA | | | | | | | |
|--|---|--------------------|---|---------------------|------|--------------------|------------------|---------------------|-----|-----------|--|----------------------|--|-------------|--|----------|--|---------------|--|--|--|
| Cirurgia Proposta: | | Entrada na Sala | | Início da Anestesia | | Início da Cirurgia | | Termino da Cirurgia | | Anestesia | | Termino da Anestesia | | Localização | | Cirurgia | | Sinais Vitais | | | |
| 1. Informações: | | Cirurgia Realizada | | Anestesia | | Posicionamento | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jejum (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não | | 15:59 | | 16:25 | | 16:40 | | 17:37 | | | | | | | | | | | | | |
| Prótese (<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Exames (<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reserva UTI (<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Laterabilidade (<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PNE (<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alergia (<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Qual: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reserva de Hemoderivados: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SF 0,9% (<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SG 5%: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Outros: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Chegou ao Centro Cirúrgico: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (<input type="checkbox"/>) Deambulando | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (<input type="checkbox"/>) Consciente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (<input type="checkbox"/>) Com Suporte de O2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (<input type="checkbox"/>) TOT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (<input type="checkbox"/>) Agitado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Sinais Vitais: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| T | — | R | — | P | 62 | SAT | 95 | mmHg | | | | | | | | | | | | | |
| Legenda: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Eletrodos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Oxímetro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Manguito PA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Placa de Bisturi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Incisão | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Cateter O2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Venoclise | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Dreno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. SNG/SNE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Garrote | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. TOT (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim N° _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. SVD (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim N° _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Outros: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sinais Vitais: Saída da SO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| T | — | R | — | PA | mmHg | SAT | % | FC | bpm | | | | | | | | | | | | |
| Destino: (<input type="checkbox"/>) SRPA (<input checked="" type="checkbox"/>) UTI (<input type="checkbox"/>) outros: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM [Evolução/Alta do Paciente] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P/ alta: 11:30h. Socorrido com cefaléia e dor no abdômen. TO: CO: 62; FC: 76; SPO2: 97%; PA: 170x80 mmHg Laringoscopia: normal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jose Luiz Monterros Santos GOVERNADOR JOSE MONTERROS Entomologista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

| | | | | | |
|---|--|--|----------------------------|------------------------------------|--------|
| NOME DO PACIENTE Jesuson da Silva | APT OU LEITO | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA 20 / 09 / 19 | | |
| CIRURGIA | | | | | |
| TIPO Ost. de Fratura de Rádio Distal Direito | TEMPO DE DURAÇÃO INÍCIO 16:40 FIM 17:31 TEMPO TOTAL | | | | |
| EQUIPE MÉDICA | | | | | |
| CIRURGIÃO DR. Balsan | ANESTESISTA: Dr Edino | | | | |
| 1º AUXILIAR De Marinho + Pablo (R) | RES. ANESTESIA: DR Everbach | | | | |
| 2º AUXILIAR De Edinach (R) | INSTRUMENTADOR Fagner | | | | |
| TIPO DE ANESTESIA: Geral | CIRCULANTE Lourdes + Isaac | | | | |
| TEMPO DE DURAÇÃO: | | | | | |
| QUANT. | MATERIAIS | VALOR | QUANT. | MEDICAMENTOS | VALOR |
| <input type="checkbox"/> | PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID. | | 1 | FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO | 500 |
| <input type="checkbox"/> | PACOTES GAZE | | | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO | |
| | LUVA ESTERIL 7.0 | | | FRASCOS- SORO GLICOSADO | |
| | LUVA ESTERIL 7.5 | | 1 | FIO VICRYL N° 5/0 | |
| | LUVA ESTERIL 8.0 | | <input type="checkbox"/> | FIO MONONYLON N° 3,0 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVA ESTERIL 8.5 | | | FIO ALGODÃO SEM AGULHA N° | |
| | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS | | | FIO ALGODÃO COM AGULHA N° | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LÂMINA BISTURI N° 20 | | | FIO CATGUT SIMPLES N° | |
| | DRENO DE SUCÇÃO N° | | | FIO CATGUT CROMADO N° | |
| | DRENO DE TORAX N° | | | FIO PROLENE N° | |
| | DRENO DE PENROSE N° | | 1 | FIO SEDA N° | 750,00 |
| | SERINGA 01ML | | 1 | SURGICEL Mead ± 150ML | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | SERINGA 03ML | | 1 | CERA P/ OSSO Gacor + desgermigante | |
| | SERINGA 05 ML | | | KIT CATARATA N° | |
| | SERINGA 10ML | | | GEOFOAM | |
| | SERINGA 20ML | | | FITA CARDIACA | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Glutaraldehyde | | 1 | OUTROS: Pevidine 1000,00 + 100ml | |
| 1 | catheter f10s | | | efedrina 100g + 100ml | |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS | | | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE | | VALOR |
| INSTRUMENTADOR(A) | ENFERMEIRA CHEFE Luciano Stefane | MATERIAL MEDICAMENTOS | | | |
| FUNCIONÁRIO/CALCULOS | CIRCULANTE DE SALA | SUB-TOTAL TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA | | | |
| | | SOMA | | | |
| | | ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE | | | |



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 20/11/19

O.S. _____

Dr. Hisson JA Glua

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paciente em D. P. d. s. Merlini
② Lesões e fraturas
③ Localizações de fraturas articulares
④ Nervos lumbares, avulsões tendinosas + descolamento parcial, longo tempo de descolamento da face de fratura
⑤ Reduções lumbares + fraturas das placas DC8 de 07 vértebras e ligações parafusadas
⑥ Controles radiculares
⑦ L.M.C.
⑧ Sutura, Pós-Operatório
⑨ Curativos
⑩ RP 4

Dr. Odinachi Okemini
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1441.300



JENISON DA SILVA

20-08-19

| PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO | | Nº | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------|------------------------|----------|------------|----|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|
| | | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | | |
| AGENTES | H 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 62 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LÍQUIDOS VENOSOS | A M | [SF] | [SF] | [SF] | | | | | | | | | | | | | | |
| | V E | 500 | 500 | 500 | | | | | | | | | | | | | | |
| DA X | 240 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ULSO * | 220 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANES X | 200 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DP D | 180 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEMP | 160 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ASPT: | 140 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESP O | 120 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 80 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 60 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Expir. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Assist. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contro. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SÍMBOLOS | X 0 | | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| AGENTES | DOSSES | | TÉCNICA | | | | ANOTAÇÕES | | | | | | | | | | | |
| A FENTANIL 250mcg | | | AGEN. ANESTESIA VENOSA | | | | N CHECK LIST AP. ANESTESIA & MONITORIZAÇÃO | | | | | | | | | | | |
| B Propofol 200ml | | | BRIANCENSA 600 | | | | 1- O2 sob cateter em nasal 9l/min | | | | | | | | | | | |
| C ATRACURIO 400mg | | | VM com ABSORVEDOR | | | | 2- PIPÉ-OXIGENADA com O2 1000L | | | | | | | | | | | |
| D | O | | DE CO2 + BRIANCENSA | | | | 3- IOT com TOT 8,0 com curva | | | | | | | | | | | |
| E | | | DO PLEXO BRACHIAL | | | | sob VISUALIZAÇÃO DIRETA | | | | | | | | | | | |
| F | | | DIRECTO- | | | | 4- ATROPINA 0,5mg IV | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | 5- CETAZIDIMA 1g IV | | | | | | | | | | | |
| GUICHE LIQUIDOS | | | | | | | 6- TEVOKYAN 100mg IV | | | | | | | | | | | |
| NDCO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SANGUE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SFO, 3L- 1500ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | 1500ml | | TEMPO DE ANESTESIA | | | | | | | | | | | | | | | |
| OPERAÇÃO | OSTEOSSÍNTSE DE CRUZAMENTO DE MOTEBICAGO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANESTESIA | Dr. EDINHO | | CÓDIGO | CIRURGÃO | Dr. DALSON | | PERDA SANGUÍNEA | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

R1 EVERTON



EDINO ALFAMAR 1.2019
Anestesiologista
RQE 137

- 7- ONDASENTONA 8mg IV
- 8- DIPIRONA 2g IV
- 9- ATROPINA 0,5mg IV
- 10- NEOSTIBOMINA 1,5mg IV
- 11- ENZIMINATO 4 SRPA

22 NOV. 2019



até: 21109119

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

Jeronim Da Silva

6 - N° DO PRONTUÁRIO
144580

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70189104715077165115

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/10/1991

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Ana da Silva Rodrigues

11 - TELEFONE DE CONTATO

015 9184101106170

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua - Ciaakor 46 13 de Setembro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Beira Vista

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

140000

RML6P13106160

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Vientre em fator de falecimento (d)

22 NOV. 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

constante dor

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

História + Exame físico + Radiografia

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

fator de falecimento (d)

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteomielite de fator de falecimento (d)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNACAO

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

29 - N° 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)

Dra. Valéria

22/10/19

Dr. Diney Chaves

CRM: 10107

CPFR: 10107

DATA: 10/10/19

OTRAS: TESTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGUROADORA

37 - N° 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 SEGURO

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0407070458

5523

v 499

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

20/10/19

Natal - MACAS



ESTADO DE RORAIMA

AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS

AUTORIZAÇÃO DE INTERNACÃO HOSPITALAR PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA PROGRAMADA

O paciente Jerson de Avelo R. Brum, de 28 anos, data de nasc: 25/08/91 contato: (95)-_____, com o diagnóstico: Fx Gallego D tendo como indicação o procedimento: Artefact Fx Ouleteros (6) da ESPECIALIDADE Art agendado para 20/09/19 as 14:00 h, devendo retornar para internação em 19/09/19 as 10:00 h.

O paciente deverá manter a imobilização, se for o caso, conforme recomendação médica e fazer uso da medicação de acordo com a prescrição, e deverá ainda, no momento da internação, portar todos os exames pré-operatórios solicitados, bem como estar em **JEJUM DE OITO (08) HORAS ANTES DO PROCEDIMENTO.**

O paciente ou representante legal se compromete em comparecer no NIR do HGR, conforme definido neste documento, assumindo inclusive a responsabilidade por eventuais complicações caso não compareça na data e horário programados para internação, podendo ocasionar atraso na realização do procedimento, sendo essa uma situação alheia à vontade da equipe assistencial e da instituição.

OBS: é de suma importância salientar, que em caso de piora do quadro doloroso e/ou surgimento de alguma outra queixa mesmo não relacionada ao problema a ser tratado nesta data, como: febre, formigamento/mudança de temperatura ou cianose (rouxidão) no local afetado, o paciente deverá retornar **IMEDIATAMENTE** e em qualquer horário ao Fronto Atendimento Airton Rocha - PAAR, onde será atendido pelo médico plantonista com base em sua classificação de risco, e sendo necessário, irá referenciá-lo à equipe assistencialista da ortopedia.

MÉDICO ORTOPEDISTA

Assinatura e Carimbo

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Assinatura e CPF:

MÉDICO REGULADOR - NIR/HGR

Assinatura e Carimbo

COMPROVANTE PARA USO E CONTROLE DO NIR - HGR

O paciente Jerson de Avelo R. Brum de 28 anos, com indicação de internação PELA ESPECIALIDADE Art EM 19/09/19 às 10:00 h, para realização da cirurgia programada, se compromete a comparecer conforme combinado, portando documentação solicitada (Exames Pré-Operatórios) e estando em **JEJUM DE OITO (08) HORAS** antes da cirurgia.

MÉDICO ORTOPEDISTA

Assinatura e Carimbo

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Assinatura e CPF:

MÉDICO REGULADOR - NIR/HGR

Assinatura e Carimbo

Hospital Geral de Roraima

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes - 3308 - Boa Vista - Roraima - Brasil
(0xx95) 2121 0620

E-mail: direcao.geral.hgr@gmail.com

DIREÇÃO GERAL DO HGR

GOVERNO
DO POVO

Dr. Fabio Melo
Anestesiologista
CRM-Roraima

22 NOV. 2019

SAME



NIR

ESTADO DE RORAIMA
'AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS'

AUTORIZAÇÃO DE INTERNACÃO HOSPITALAR PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA PROGRAMADA

O paciente Serímon da Silveira Rodrigues de 27 anos,
data de nasc31/8/91 contato:(95)-92402-7236, com o diagnóstico:J70 Edema
tendo como indicação o procedimento: cirurgia da ESPECIALIDADE
ortopedia agendado para 9/10/19 as 7:00 h, devendo retornar para
internação em 8/10/19 as 15:00 h.

O paciente deverá manter a imobilização, se for o caso, conforme recomendação médica e fazer uso da medicação de acordo com a prescrição, e deverá ainda, no momento da internação, portar todos os exames pré-operatórios solicitados, bem como estar em JEJUM DE OITO (08) HORAS ANTES DO PROCEDIMENTO.

O paciente ou representante legal se compromete em comparecer no NIR do HGR, conforme definido neste documento, assumindo inclusive a responsabilidade por eventuais complicações caso não compareça na data e horário programados para internação, podendo ocasionar atraso na realização do procedimento, sendo essa uma situação alheia à vontade da equipe assistencial e da instituição.

OBS: é de suma importância salientar, que em caso de piora do quadro doloroso e/ou surgimento de alguma outra queixa mesmo não relacionada ao problema a ser tratado nesta data, como: febre, formigamento/mudança de temperatura ou cianose (rouxidão) no local afetado, o paciente deverá retornar IMEDIATAMENTE e em qualquer horário ao Pronto Atendimento Airton Rocha - PAAR, onde será atendido pelo médico plantonista com base em sua classificação de risco, e sendo necessário, irá referenciá-lo à equipe assistencialista da ortopedia.

Médico Regulador
Ortopedista Traumatologista
CRM-RR 1904
MÉDICO ORTOPODISTA
Assinatura e Carimbo

PACIENTE OU RESPONSÁVEL
Assinatura e CPF:

MÉDICO REGULADOR - NIR/HGR
Assinatura e Carimbo

Dr. André Dantas Marçilio
Médico
CRM-RR 1904

COMPROVANTE PARA USO E CONTROLE DO NIR - HGR

O paciente Serímon dos S. Silveira Rodrigues, de 27 anos, com indicação de internação PELA ESPECIALIDADE ortopedia EM 8/10/19 às 15:00 h para realização da cirurgia programada, se compromete a comparecer conforme combinado, portando documentação solicitada (Exames Pré-Operatórios) e estando em JEJUM DE OITO (08) HORAS antes da cirurgia.

Médico Ortopedista
CRM-RR 1904
MÉDICO ORTOPODISTA
Assinatura e Carimbo

PACIENTE OU RESPONSÁVEL
Assinatura e CPF:

MÉDICO REGULADOR - NIR/HGR
Assinatura e Carimbo

Dr. André Dantas Marçilio
Médico
CRM-RR 1904



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Renan da Silva Rodriguez, 27 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/8/19, COM
DIAGNÓSTICO DE peduncular gangeri
NO DIA 1/1, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE

Induno SENDO
OPERADO PELO DR. Jesus E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 1/1/19, ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 1/1, ÀS _____, COM O
DR. Cirurgia programada para o
dia 28/10/19 meleti

ORIENTAÇÕES GERAIS :

22 NOV. 2019

- 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

23/8/19

Dr. Augusto Chavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 1864

BOA VISTA, 1/1

MÉDICO

TRABALHADOR

Carteira de Trabalho - CTPS.
A Carteira de Trabalho e Previdência Social é documento que comprova a existência de vínculo de trabalho entre o empregado e o empregador. Ela é expedida pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e é considerada prova documental da existência de contrato de trabalho. A CTPS é emitida por meio de Decreto-Lei nº 2.313, de 29/10/1932, que estabelece as normas para a emissão e uso da carteira. Ela deve ser sempre portada pelo empregado para o exercício de suas funções. A carteira é válida profissionalmente.

Verão ser registrados todos os dados do Trabalho, elementos básicos para o cumprimento dos seus direitos perante a trabalhador bem como para a obtenção de representatividade e demais benefícios, garantindo, ainda, sua habilitação de desemprego e ao Fundo de Garantia do Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta e qualificação as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de contar o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos, como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e os de seus dependentes, tendo valiosa, também, como documento de identificação.

**CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR**

VISITE O PORTAL MIE: www.mie.gov.br



**MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

- PIS/PASEP - 126.60368.66-1

NUMBER 6259872

-SERIE 0030

RR

Territorial Defense League

ASSINATURA DO TITULAR



22 NOV. 2019



CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR
CNPJ/CPF: 12.011.976/0002-20
Ferreira e Gomes Com. Ltda - ME
ENDERÉSCO: Av. Ville Roy, 5760 - Centro
MUNICÍPIO: CEP: 69.301-000
UF: EGR. DO ESTABELECIMENTO:
CARCOS: Venda VISTAVAR
CBO Nº: 5251-70

DATA DE ADMISSÃO: 10 DE Janeiro DE 2012
REGISTRO Nº: PLS/RICHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 614,00 (Seiscentos e Quarenta e dois Reais)
Assinatura: Henrique Ferreira Coscarelli
Sócio-Administrador

DATA DE SAÍDA: 11 DE Setembro DE 2012
Assinatura: Henrique Ferreira Coscarelli
Sócio-Administrador

COM. DISPENSA CD Nº: 08
FGTS Nº DA CONTA:

EMPREGADOR
CNPJ/CPF: _____
ENDERÉSCO: _____
MUNICÍPIO: _____
ESTABELECIMENTO: _____
CARCO: _____
CBO Nº: _____

DATA DE ADMISSÃO: _____ DE _____ DE _____
REGISTRO Nº: PLS/RICHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: _____
Assinatura: _____

DATA DE SAÍDA: _____ DE _____ DE _____
Assinatura: _____

COM. DISPENSA CD Nº: _____
FGTS Nº DA CONTA: _____

22 NOV. 2019

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE
NASCIMENTO: ALPHONSE THOMAZ BRASHE FILHO
ANO DA SILVA RODRIGUES
SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: BOHIM - RR
DOCUMENTO: R.G. 2322307 SESP PR 01/03/2009
ELNº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995.
TIT. ELEITOR: 045.027.402-57 CNH: 066
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SITERR - 22/03/2011

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

| | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| FLUCAÇÃO | MOTIVO |
| DATA DE NASC. DE DOCUMENTO | DATA |
| ASSINATURA E CARIMBO DO SEU PÓSSE | |
| NOME | MOTIVO |
| DOCUMENTO | ASSINATURA E CARIMBO DO SEU PÓSSUE |
| ASSINATURA E CARIMBO DO SEU PÓSSUE | |
| NOME | MOTIVO |
| DOCUMENTO | ASSINATURA E CARIMBO DO SEU PÓSSUE |
| ASSINATURA E CARIMBO DO SEU PÓSSUE | |
| NOME | MOTIVO |
| DOCUMENTO | ASSINATURA E CARIMBO DO SEU PÓSSUE |
| ASSINATURA E CARIMBO DO SEU PÓSSUE | |

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

NOME: ILDOR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG: 01101912304
114607 SSP-RR

CPF: 383.051.512-04 DATA Nascimento: 07/04/1976

PLAÇA: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: ACC CATIBA AD

Nº REGISTRO: 01101912304 VALADE: 29/01/2020 HABILITAÇÃO: 15/12/1999

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

VALIDADE: 30/01/2015

ASSINATURA DO PORTADOR:
BOX VISTA - ROAIMA

ASSINATURA DO EMISSOR:
M. AUSCILIO KOBUTZ/CONCEPCAO PERALTA
CARTOM PRESIDENTE
DETTRAN-RR (ROAIMA)

92485240616
RR207968020

ENVELOPE PLASTIFICADO

980151096

22 NOV. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190653376 **Cidade:** Bonfim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JERISSON DA SILVA RODRIGUES **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
BRASHE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO - GALEAZZI. P6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P31/34 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| | | Total | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190653376 **Cidade:** Bonfim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JERISSON DA SILVA RODRIGUES **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
BRASHE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO - GALEAZZI. P6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P31/34 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| | | Total | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

| | |
|----------------|--|
| NOME: | <u>Jerison da Silva Rodrigues Brasha</u> |
| NACIONALIDADE: | <u>Brasileiro</u> |
| PROFISSÃO: | <u>Atendente</u> |
| IDENTIDADE: | <u>3322324</u> |
| ENDERECO: | <u>Rua: Francisco Araujo Júnior - Cidade Nova, N: 395</u> OUTORGADO |
| NOME: | <u>Elieir Inacio de Souza</u> |
| NACIONALIDADE: | <u>Brasileiro</u> |
| PROFISSÃO: | <u>Autônomo</u> |
| IDENTIDADE: | <u>334 804</u> |
| ENDERECO: | <u>Rua: Antônio Pinheiro Galvão, 1832 - Bertioga</u> |

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 20 / 08 / 2019, cobertura Imovel de, vítima: Jerison da S. Rodrigues Brasha

Bca Vista - AR, 25/10/19

LOCAL E DATA

Jerison da Silva Rodrigues Brasha.

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



22 NOV. 2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0412341/19

Vítima: JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

CPF: 015.027.402-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/08/2019

Titular do CPF: JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE : 015.027.402-57

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/11/2019
Nome: JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE
CPF: 015.027.402-57

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0412341/19

Número do Sinistro: 3190653376

Vítima: JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

CPF: 015.027.402-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/08/2019

Titular do CPF: JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE : 015.027.402-57

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/12/2019
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA
CPF: 383.051.512-04

ILOIR INACIO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA
CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

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

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190653376

Vítima: JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

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

| | |
|---------------------------------|---|
| Autorização de pagamento | Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada. |
|---------------------------------|---|

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190653376

Vítima: JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

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



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

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190653376

Vítima: JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

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

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003588

Conta: 000006871-1

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.

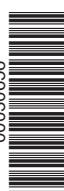
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
025.021.402-57 Terezem da S. Antunes Brasile

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

5 - Nome completo: Terezem da Silva Andrade Brasile 6 - CPF:

7 - Profissão: Atendente 8 - Endereço: Rua: Francisco Manoel Lemos 9 - Número: 395 10 - Complemento:

11 - Bairro: Nossa Cidade 12 - Cidade: Benfim 13 - Estado: RR 14 - CEP:

15 - E-mail: glover@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (65) 991541-4282

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

| | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 9588 CONTA: 6844 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os Bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ho Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascer (viver) filhos? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/vivos? Sim Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

36 - CPF legível de quem assinaria a rogo/a pedido

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista-RR, 28/10/2019

Terezem da S. Antunes Brasile

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
005.021.402-57 Terezinha da S. Rodrigues Brashe

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Terezinha da Silva Rodrigues Brashe 6 - CPF: 015.021.402-57
7 - Profissão: Atendente 8 - Endereço: Rua: Francisco Araújo Vicos 9 - Número: 395 10 - Complemento:
11 - Bairro: Nova Cidade 12 - Cidade: Bonito 13 - Estado: RR 14 - CEP:
15 - E-mail: gloriaur@hotmail.com 16 - Tel./DDD: (65) 93154-41282

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

| | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPLANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3588 CONTA: 68471 1 (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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ho Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, 000 Vista-RR, 25/10/2019

Terezinha da S. Rodrigues Brashe

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE PÓLICIA DE BONFIM - BONFIM - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037137/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/10/2019 16:19 Data/Hora Fim: 24/10/2019 16:44
Delegado de Polícia: Eduardo Henrique Batista

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia de Bonfim
Data/Hora do Fato: 20/08/2019 06:30

Local do Fato

Município: Bonfim (RR)
Logradouro: BR 401

Bairro: ZONA RURAL
Nº: 122

Tipo do Local: Área Rural

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) |
|---|----------------------|
| 1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO | Não Houve |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Bonfim Sexo: Masculino Nasc: 25/08/1991
Profissão: Alendente Escolaridade: Ensino Superior Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Ana da Silva Rodrigues

Nome do Pai: Alphonso Thomaz Brashe Filho

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 3322327

Endereço

Município: Bonfim - RR

Logradouro: RUA:FRANCISCO ARAUJO VERAS

Nº: 395

Complemento: QUADRA 26

Bairro: CIDADE NOVA

Telefone: (95) 98400-6770 (Celular)

22 NOV. 2019

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Bonfim - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

COMUNICA QUE NO DIA E HORA ACIMA, TRANSITAVA PELA BR 401, SENTIDO NORMANDIA/BOA VISTA, CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA HONDA /XR 250 TORNADO, DE PLACA NAP 0970, E AO CHEGAR NO KM 122, AO CRUZAR COM UMA CAMINHONETE COM O FAROL ALTO, PARA EVITAR UMA COLISÃO, DESVIOU A MOTOCICLETA PARA O ACOSTAMENTO, VENDO A CAIR NA PIÇARRA; QUE EM CONSEQUÊNCIA DA QUEDA, TEVE O BRAÇO DIREITO FRATURADO E VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO. É O RELATO.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BONFIM - BONFIM - RR

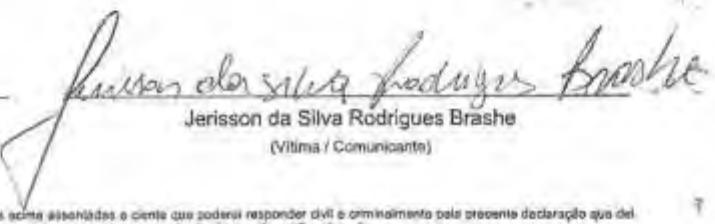
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037137/2019

ASSINATURAS


Ana Cleide Barros de Oliveira

Agente de Polícia
Matrícula 042000411
Responsável pelo Atendimento


Jerisson da Silva Rodrigues Brushe

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de efeito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e que responderá civil e criminalmente pelo presente declaratio que del origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

22 NOV. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
025.021.402-57 Terezem da S. Antunes Brasile

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

5 - Nome completo: Terezem da Silva Andrade Brasile 6 - CPF:

7 - Profissão: Alenteira 8 - Endereço: Rua Francisco Manoel Lemos 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: Nossa Cidade 12 - Cidade: Benfim 13 - Estado: RR 14 - CEP:

15 - E-mail: glover@hotmaill.com 16 - Tel.(DDD): (65) 991541-4282

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

| | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 9588 CONTA: 6844 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os Bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ho Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascer (viver) filhos? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/vivos? Sim Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

36 - CPF legível de quem assinaria a rogo/a pedido

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista-RR, 28/10/2019

Terezem da S. Antunes Brasile

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS