

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 de:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

Ocultar Movimentos:

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

Sequencial(Intervalo):

ao

Data do Movimento(Período):

à

Descrição:

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

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 13	18/02/2020 11:40:48	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b> Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
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
12	18/02/2020 09:52:09	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> 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 KASTHELINE DE SOUZA FARIAS <b>Analista Judiciária</b>
<div>[+]</div> 11	17/02/2020 14:53:02	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b> Cumprimento de intimação - Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE (13/02/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
10	14/02/2020 09:23:21	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (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 <b>Procurador</b>
9	14/02/2020 09:02:32	<b>LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA</b> 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 <b>Procurador</b>
8	13/02/2020 18:11:48	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> 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 <b>Analista Judiciário</b>
<div>[+]</div> 7	13/02/2020 18:11:30	<b>EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE</b> Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	Antonio Ricardo da Silva Junior <b>Analista Judiciário</b>



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

Cumprе 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/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

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

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

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

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

### DO MÉRITO

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

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

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

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

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

---

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


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

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

## DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 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:

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

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 irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."*

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 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 parciais<sup>4</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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

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

## DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>7</sup>.

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

## DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

## CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

---

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

<sup>7</sup> **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 exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

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 GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **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

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 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

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ené Baltez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CEP: 69.341-470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-8  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Registro Especial de Impressão autorizado pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal: 003855327

A Roraima Energia Elétrica - S/A é criada pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	06/11/2019	516	363,32

444 DA SILVA RODRIGUES

R. FRANCISCO ARAUJO VERRAS 395 QD 26 CIDADE NOVA

CPF: 08876452838272

CEP: 69.380-000 - BOQUEIRÃO

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 32573	Atual: 18/10/2019	Grupo/Subgrupo: 5
Anterior: 32457	Anterior: 17/09/2019	Classe/Subclasse: RESID.BX.RENDA
Qtd de consumo: 31	Próxima leitura: 18/11/2019	Uso: MIMO
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 17/10/2019	Número Medidor: 908506650
Consumo médio: 516	Apresentação: 18/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturador: 516	Ar: 105.020,29, 01.10.2019	Modalidade: CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA			
CONSUMO	30 A R\$	0,262144 =	7,86
	70 A R\$	0,449385 =	31,45
	120 A R\$	0,674084 =	80,89
	296 A R\$	0,748975 =	221,69
DESCONTO INDIGENA/QUILOMBOLA			13,97
CONTR. ILLUMINACAO PUB. (COSIP)			23,00
SUBVENCAO BAIKA RENDA	52,64		
CORRECAO MONETARIA DA 07/19-00			0,06
CORRECAO MONETARIA IG 07/19-00			1,63
MULTA POR ATRASO DE I 07/19-00			2,04
JUROS DE MORA POR ATR 07/19-00			0,46
MULTA POR ATRASO 07/19-00			4,88
JUROS DE MORA DE IMPO 07/19-00			3,33

OUTRAS INFORMAÇÕES  
TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 30 - 0,217588  
31 A 100 - 0,372398  
101 A 220 - 0,555498  
221 A 516 - 0,621658

Média 12 meses: 352



## MENSAGENS IMPORTANTES

## REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/11/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem contas vencidas e já reavaliadas no valor de R\$ 411,24 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconectar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PEDIDO DE VENCIMENTO 1 5 11 16 21 26

## RESERVADO AO FISCO

4407.0439.0410.4672.F216.6485.0483.7292

PCBH

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
				Base de Cálculo	Alíquota	Valor
Energia:	186,26	Encargos:	9,67	341,83	ICMS: 17,00%	58,12
Distribuição:	87,84	Tributos:	58,12		PS: 0,00000%	0,00
Transmissão:	0,00				COFINS: 0,00000%	0,00

INDICADORES DE CONTABILIDADE								
	DIC			PIC			DVC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral
Limite	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Contorno								
				Período de apuração:			10/2019	EUSD: 0,00

R: 189.020.09.91.000000



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA  
Av. Capitão Ené Baltez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44  
Insc. Estadual: 24.007.022-8

SEU CÓDIGO 0526581-9	TOTAL A PAGAR - R\$ 363,32
MÊS FATURADO 10/2019	VENCIMENTO 06/11/2019

Nº da Nota Fiscal: 003855327

8365000003 6 63320075000 6 00000000526 4 58191019000 0



REG.: 00033 VCI: 0026581-9 DT. LEIT.: 18/10/2019 F. ENTR.: 07  
LEITURA: 32573 MODAL: NORMAL TOTAL: 363,32 CARGA: 001  
DT. VENC.: 06/11/2019 TRRCC: 000 COLTOM: 3051 2052 - RSE 1 NOV 01

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](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda à sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilair 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 Bráshe inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.027.402 / 57

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Jerisson da Silva Rodrigues Bráshe

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 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 Líder – DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Antônio Pinheiro Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILOIRRR@gmail.com</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel. (DDD): <u>(95) 98403-5060</u>

Local e Data: \_\_\_\_\_

  
Assinatura do Declarante

FICHA DE ATENDIMENTO ☐ Clínico ☐ Obstétrico ☒ Trauma

Unidade: SAMU

Equipe: Téc Beverly / And-Turca

Paciente: Jerisson da Silva Rodrigues Bráshe Idade: 26a Sexo: ☐ F ☒ M

Nacionalidade: Brasileiro Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia Mocovi

Endereço: UPAR - Rua Turchana Faies - 12 de Julho

Ponto de referência:

CHAMADA	Nº da Ocorrência: <u>14188</u>	DATA: <u>20/10/2019</u>	HORA SAÍDA (Aclonamento): <u>22:34 Hs.</u>
	Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM: <u>Francisco Anderson</u>	HORA CHEGADA (J/10): <u>23:45 Hs.</u>	
	MOTIVO: <input type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR <input type="checkbox"/> APOIO: <input type="checkbox"/> OUTRO:		

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)	MECANISMO DE TRAUMA			
	<b>AUTOMÓVEL</b> <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão X <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro	<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag <b>MOTO/BICICLETA</b> <input checked="" type="checkbox"/> Acidente com moto X <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> passageiro	<b>VIOLÊNCIA</b> <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> FAF <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:	<b>OUTROS</b> <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajet <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 NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (a vítima)	AVALIAÇÃO INICIAL			
	<b>Vias Aéreas</b> <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradpnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apnéia <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Supressão</u>	<b>Ventilação</b> <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> Maciez <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Abolida <u>Nenhum</u>	<b>Circulação</b> <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. Br. f</u>	<b>Avaliação Neurológica</b> <input checked="" type="checkbox"/> AVDN A <input type="checkbox"/> DNV <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Otorragia <input type="checkbox"/> Rinorragia <input type="checkbox"/> Otorrêia <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado

SINAIS VITAIS E ESCORES									
Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	Trauma	APGAR
Início	<u>22:45</u>	<u>120x80</u>	<u>78</u>	<u>97</u>	<u>36.5 C</u>	<u>0</u>			
Fim									

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (a vítima)	AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA					
	<b>Pele</b> <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	<b>Cabeça</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	<b>Face</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <u>Nenhum</u>	<b>Pescoço</b> <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo <u>Nenhum</u>	<b>Tórax</b> <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento <u>Nenhum</u>	<b>Abdome</b> <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Evisceração <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Em tábua <u>Nenhum</u>

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (a vítima)	Membros					
	<b>Pelve</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	<b>Coluna Dorsal</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Deformidade <input checked="" type="checkbox"/> Dor leve	<input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Laceração	<input checked="" type="checkbox"/> Escoriação <u>na coxa</u> <input type="checkbox"/> Luxações	<input checked="" type="checkbox"/> Fratura <u>na coxa</u> <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Avulsão <u>MM 55 1</u>

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (a vítima)	AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA	
	<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecçiosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outra <u>cataplexia</u>	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Sequela de AVC <input type="checkbox"/> Medicação em uso	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (a vítima)	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	<b>Cartório de Bonfim</b> Ofício Único de Bonfim-RR Rua Antônio Gonçalves, s/nº, 1º andar, 192 0800-0 192 ou 0800-0 192 0800-0 192 ou 0800-0 192	MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS
-----------	--	---------------------------

Certifico e dou fé que a presente é fotocópia fiel do documento original que me foi apresentado. Em testemunho da da verdade. Bonfim, 23/10/2019  
 SELO TJRR: REC/R158238LJZHL5211KMAW12, Data-Hora: 23/10/2019 11:53:33 Total: R\$ 4,40 Emolumentos, R\$ 2,45 RECDM R\$ 0,10 FISCALIZAÇÃO R\$ 0,10 FUNDEJURR R\$ 0,25 ISS R\$ 3,00 Salvo R\$ 1,50  
 em <https://cidadeas.portalajurr.com.br>

Malca Rashena Fernanda Griffith  
Escrevente

22 NOV. 2019



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

T. de Mendonça  
 Assinatura e Carimbo Médico



*Cartório de Bonfim*

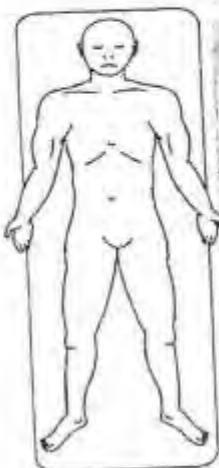
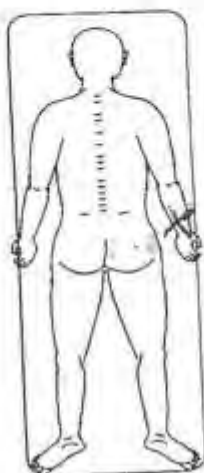
Oficial Útil de Bonfim-RR  
 RUA ...  
 ...  
 ...

Certifico e dou fé que a presente é fotocópia fiel do documento original que me foi apresentado. Em testemunho, da verdade, Bonfim, 23/10/2019.  
 SELO TJRR: RECPR168238W0RVPETDOMS80241. Data: 23/10/2019  
 11 F3 33 Total R\$ 4.40 Emolumentos R\$ 3.45 RECOM R\$ 0.10 FISCALIZAÇÃO  
 R\$ 0.10 FUNDEJURR R\$ 0.25 ISS R\$ 0.00 Selo R\$ 1.50 Consulta  
 em <https://cidadeo.cartoriorrr.com.br>

Malen Rashena Fernanda Griffith  
 Escrevente

<b>PERTENCE DO PACIENTE</b>	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
<b>TERMO DE RECUSA</b>	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico.
	Assinatura do Paciente:

<b>GESTANTE</b> IG pl semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquido: _____ BCF: _____ <input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão	<b>MATERIAL E MEDICAÇÃO</b>
--	-----------------------------



Variáveis	Escore
Abertura ocular	Espontânea 4 À voz 3 À dor 2 Nenhuma 1
Resposta verbal	Orientado 5 Confuso 4 Palavras inapropriadas 3 Palavras incompreensíveis 2 Nenhuma 1
Resposta motora	Obedece comandos 6 Localiza dor 5 Movimento intencional 4 Flexão reflexa 3 Extensão reflexa 2 Nenhuma 1
Total máximo:	15
Total mínimo:	3



22 NOV 2019

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Pac. Terison da Silva Rodrigues Brasileiro, 26 anos, vítima de acidente de moto, com capacete, com suspeita de fratura no mmr (D), na região do dorso/lumbar, com lesões lacrimais na mão (E), chegando de dar na região do Trauma, SSVV preservados, com alteração nas PA: 140/90 mm Hg. Adm. 1 amp. de Buscopan Simple + 1 tenoxicam 40 mg. EV. Pac. com SSVV preservados, encaminhado ao pronto Trauma HGR, entregue aos cuidados do Dr. Thiago Mendonça.

T. de Mendonça  
 Assinatura e Carimbo Médico

REC. 1.748  
22/08  
NUS J. V. G. da

1901151416 21/08/2019 00:08:38 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 1

Paciente: JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE  
Data Nascimento: 25/08/1991 Idade: 27 A 11 M 27 D  
Sexo: M Estado Civil: PARD  
Naturalidade: BRASILEIRA  
Mãe: ANA DA SILVA RODRIGUES  
Endereço: - RUAICA - 46 - TREZE DE SETEMBRO - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
Motivo de Atendimento: ACIDENTE DE MOTO  
Sinal: GRANDE TRAUMA

Caráter do Atendimento: URGÊNCIA  
Tipo de Chocada: DEMANDA ESPONTANEA

Profissional do Atendimento: Procedimento Sol.  
Validade: Autorização: Sis. Prenatal: Presão: Registrado por: WALDEMAR STOCKER

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

Anamnese de Enfermagem

Quem é o doente? 184 cm

Anamnese - (HORA DA CONSULTA) - h

00h30m. Paciente em sono. Observando  
em um S.D. com lesões.

Exame Físico

Relato de trauma em crânio direito e trauma  
na região do abdômen. Lesões físicas e  
Hipótese diagnóstica

em abdômen, BEG, LO, TC, AS

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Tratamento em US		
Prescrição de 14/10		
Prescrição de 14/10		
Ortopedia		

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta por Podologia ☐ Alta por Fono ☐ Alta por Fisioterapia ☐ Transferência para

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

óbito: ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

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

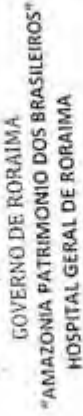
Impressão por: waldeimar.stocker Data: 21/08/2019 10:11:34

Dr. Jesus A. López Aguiar CRM-RR 566

1001151416







Gerisson da Silva Rodrigues. 22

Nº REGISTRO	DATA	VALOR	DESCRIÇÃO
1	01/01/2010	100,00	Saldo Inicial
2	02/01/2010	50,00	Deposito em Caixa
3	03/01/2010	20,00	Pagamento de Despesa
4	04/01/2010	30,00	Deposito em Caixa
5	05/01/2010	10,00	Pagamento de Despesa
6	06/01/2010	40,00	Deposito em Caixa
7	07/01/2010	25,00	Pagamento de Despesa
8	08/01/2010	15,00	Deposito em Caixa
9	09/01/2010	35,00	Pagamento de Despesa
10	10/01/2010	20,00	Deposito em Caixa
11	11/01/2010	10,00	Pagamento de Despesa
12	12/01/2010	45,00	Deposito em Caixa
13	13/01/2010	30,00	Pagamento de Despesa
14	14/01/2010	15,00	Deposito em Caixa
15	15/01/2010	25,00	Pagamento de Despesa
16	16/01/2010	10,00	Deposito em Caixa
17	17/01/2010	35,00	Pagamento de Despesa
18	18/01/2010	20,00	Deposito em Caixa
19	19/01/2010	10,00	Pagamento de Despesa
20	20/01/2010	45,00	Deposito em Caixa
21	21/01/2010	30,00	Pagamento de Despesa
22	22/01/2010	15,00	Deposito em Caixa
23	23/01/2010	25,00	Pagamento de Despesa
24	24/01/2010	10,00	Deposito em Caixa
25	25/01/2010	35,00	Pagamento de Despesa
26	26/01/2010	20,00	Deposito em Caixa
27	27/01/2010	10,00	Pagamento de Despesa
28	28/01/2010	45,00	Deposito em Caixa
29	29/01/2010	30,00	Pagamento de Despesa
30	30/01/2010	15,00	Deposito em Caixa
31	31/01/2010	25,00	Pagamento de Despesa
32	01/02/2010	10,00	Deposito em Caixa
33	02/02/2010	35,00	Pagamento de Despesa
34	03/02/2010	20,00	Deposito em Caixa
35	04/02/2010	10,00	Pagamento de Despesa
36	05/02/2010	45,00	Deposito em Caixa
37	06/02/2010	30,00	Pagamento de Despesa
38	07/02/2010	15,00	Deposito em Caixa
39	08/02/2010	25,00	Pagamento de Despesa
40	09/02/2010	10,00	Deposito em Caixa
41	10/02/2010	35,00	Pagamento de Despesa
42	11/02/2010	20,00	Deposito em Caixa
43	12/02/2010	10,00	Pagamento de Despesa
44	13/02/2010	45,00	Deposito em Caixa
45	14/02/2010	30,00	Pagamento de Despesa
46	15/02/2010	15,00	Deposito em Caixa
47	16/02/2010	25,00	Pagamento de Despesa
48	17/02/2010	10,00	Deposito em Caixa
49	18/02/2010	35,00	Pagamento de Despesa
50	19/02/2010	20,00	Deposito em Caixa
51	20/02/2010	10,00	Pagamento de Despesa
52	21/02/2010	45,00	Deposito em Caixa
53	22/02/2010	30,00	Pagamento de Despesa
54	23/02/2010	15,00	Deposito em Caixa
55	24/02/2010	25,00	Pagamento de Despesa
56	25/02/2010	10,00	Deposito em Caixa
57	26/02/2010	35,00	Pagamento de Despesa
58	27/02/2010	20,00	Deposito em Caixa
59	28/02/2010	10,00	Pagamento de Despesa
60	29/02/2010	45,00	Deposito em Caixa
61	01/03/2010	30,00	Pagamento de Despesa
62	02/03/2010	15,00	Deposito em Caixa
63	03/03/2010	25,00	Pagamento de Despesa
64	04/03/2010	10,00	Deposito em Caixa
65	05/03/2010	35,00	Pagamento de Despesa
66	06/03/2010	20,00	Deposito em Caixa
67	07/03/2010	10,00	Pagamento de Despesa
68	08/03/2010	45,00	Deposito em Caixa
69	09/03/2010	30,00	Pagamento de Despesa
70	10/03/2010	15,00	Deposito em Caixa
71	11/03/2010	25,00	Pagamento de Despesa
72	12/03/2010	10,00	Deposito em Caixa
73	13/03/2010	35,00	Pagamento de Despesa
74	14/03/2010	20,00	Deposito em Caixa
75	15/03/2010	10,00	Pagamento de Despesa
76	16/03/2010	45,00	

**QUARTO:**

UNIDADE/SETOR:

**NOME DO PACIENTE:**

ТЕНІСІВ НА СІЛІВІ КОРИСНІСТЬ БАЛІ

**PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:**

Dr Fern

DATA/HORA:	
------------	--

21/08/12

**PRESCRIÇÃO:**

PRESCRIÇÃO: 5/12/2016

Swiss

HORÁRIO:	
----------	--

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

OBSERVAÇÕES:

3) Scitp felu(10) pnu

6:00 Detox 100mg/dl

37 Divergence 2x 666 90

 $\sin A$ 

12/21	712671	209	12/21
-------	--------	-----	-------

24

5 y unEphrac you vo / de

2

6 of 27

Roche

74 Apr 30 2007

24R

CRIM-508 566

Dr. Jesus A. Lopez Arzu

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	20/08/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				6h
2	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				6h
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 H S/N				6h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h (SE DOR INTENSA)				6h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				6h
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				6h
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				6h
10	CURATIVO DIÁRIO				6h
11	SSVV + CCGG 6/6 H				6h
12					
13					
14					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250; 2UI, 251-300, 4UI; 301-350, 6UI; 351-400, 8UI; ≥ 400, 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	140/90	64	-	37.8	
12 H	115x85	80		36.3	
18 H					
24 H	132/73	69		35.6	

Dr. Odinachi Okemiri  
Médico  
CRM/RR 1851

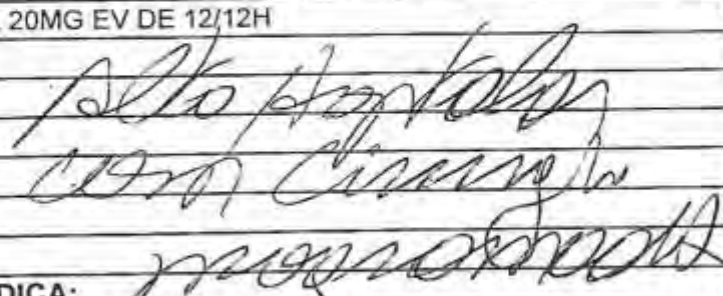
# **AO BLOCO**

07-13h - Paciente no leito, L.O.T.E, sem queixas.  
 Segue sob cuidados da equipe.

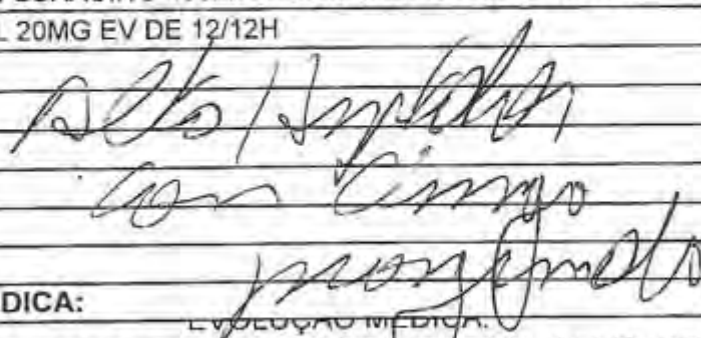
Kenany S. Vasconcelos  
 Têc. de Enfermagem  
 COREN-RR 1.248.368

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	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						
						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
<p>#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE</p> <p># EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, COM PULSOS PERIFERICOS PRESERVADOS, EM USO DE TALA EM MSD.</p> <p># SOLICITADO :</p> <p># CONDUTA : MANTIDA</p> <p># PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :</p> <p># PREVISÃO DE ALTA :</p>						
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						
						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, COM PULSOS PERIFERICOS 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 DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU - SUS  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS**

PACIENTE Perimon do S. do Roraima, 2<sup>a</sup> ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/8/19, COM  
DIAGNÓSTICO DE fratura do 5<sup>o</sup> dedo

NO DIA 1/9/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
SENDO

OPERADO PELO DR. Dr. Augusto Cavalcante E DR. Dr. Augusto Cavalcante

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 1/9/19, ÀS 14h, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 1/9/19, ÀS 14h, COM O  
DR. Dr. Augusto Cavalcante

**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.

23/8/19

BOA VISTA, 1/9/19

22 NOV. 2019

MÉDICO

HOSPITAL GERAL  
Av. Eng. ...  
Novo Plano

AUTENTICAÇÃO  
Dr. Augusto Cavalcante  
20/08/2019

Dr. Augusto Cavalcante  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1984



## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR2 - CNES  
231965-93 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR4 - CNES  
231965-9

BLOCO D

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE8 - Nº DO PRONTUÁRIO  
001745807 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
7089047507765156 - DATA DE NASCIMENTO  
25/08/19919 - SEXO  
1 - Masculino10 - RAÇA / COR  
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE  
ANA DA SILVA RODRIGUES12 - TELEFONE DE CONTATO  
(95) 91840-067013 - NOME DO RESPONSÁVEL  
JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE14 - TELEFONE DE CONTATO  
(95) 91840-067015 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
RUA: OIAKA - 46 - - TREZE DE SETEMBRO16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
BOA VISTA17 - COD. IBGE MUNICÍPIO, 18 - UF  
140010 RR19 - CEP  
69.306-160

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura de fêmur - luxação de  
falanca (1)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Internar

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

Histórico + Exame físico + Radiografias

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL  
Fratura - Luxação de fêmur (1)

24 - CID 10 PRIMÁRIO

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA  
CIRURGIA GERAL30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
ELETIVO31 - DOCUMENTO  
C. N. S.32 - Nº. DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE  
980016282732587

Dr. Odinachi Okenim  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 185475

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE  
DALSON DENIS DA SILVA FEITOSA34 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
08/09/2019

35 - Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO

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

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO☐ EMPREGADOR☐ AUTÔNOMO☐ DESEMPREGADO☐ APOSENTADO☐ NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

☐ CNS ☐ CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)

11

0308010019-1022

AS 16:45h

22 NOV. 2019

cirurgia de amputação do membro superior direito com  
paralisia no 5º por falta de material de sutura  
(parafusos nº 16 e 18).

em 25.08.91

# PRÉ-ANESTÉSICO

Nome: <u>Wilson da Silva Rodrigues Brasil</u>		Sexo: <u>masculino</u>		Idade: <u>28</u>		Peso: <u>70</u>		Alt: <u>1,70</u>		Classe: <u>3</u>		Data: <u>25.08.91</u>		Hora: <u>13.30</u>	
Diagn. Pré-OP: <u>fratura do rádio D</u>		Cir. Proposta: <u>amputação do rádio D</u>		Anest. Ant: <u>sem drogas prévias</u>		Sangue Tipo: <u>B</u>		Leuc: <u>9.15 x 10<sup>9</sup></u>		Hb: <u>13.70</u>		Hct: <u>40.70%</u>		p. Lago: <u>13.70</u>	
Alergia: <u>disenteria</u>		Alcool: <u>0</u>		Fumo: <u>0</u>		r. Coag: <u>2.42</u>		Pg: <u>251.000</u>		Ureia: <u>48.69</u>		Creat: <u>2.42</u>		Glic: <u>90.20</u>	
DROGAS: (Corticóide, benzodiazepina, hipotensor, narcótico, hipotico, digitalico, anticoagulante, diuretico, anabólico, sulfas, casopressor, IMAO, outros) <u>ni pz uso de nenhum medicamento</u>		Estado Mental: <u>BOE</u>		Boca: <u>Holampati 1</u>		pCO2: <u>34</u>		SA: <u>88</u>		BS: <u>87</u>		URINA: (il) <u>0</u>		pH: <u>7.38</u>	
Pescaria: <u>boa mobilidade</u>		Voz: <u>use J18</u>		Rx: <u>0</u>		Sedim: <u>0</u>		Ap. gem. (L): <u>0</u>		AP Reto: <u>Pulmões limpos. Sem ruídos adventícios</u>		AP Cir: <u>RCR 2T BNF</u>		AP Dig: <u>NDH</u>	
Fases: <u>0</u>		Hepatograma: <u>TGO 32.33 TGP 53.88</u>		Outros: <u>0</u>		S. Distal - Art: <u>motu. exurgico</u>		S. Nerv: <u>NDH</u>		S. Endoc: <u>NDH</u>		Eti. Fis (ASA): <u>0</u>		AN Proposta: <u>0</u>	
Parâmetros Clínicos: <u>0</u>		PA: <u>0</u>		Pulso: <u>0</u>		Temperatura: <u>0</u>		Assinatura: <u>Dr. Marisa Pinto</u>		CRM/RR: <u>308</u>		Assinatura: <u>0</u>		Assinatura: <u>0</u>	

# PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

Data: <u>25.08.91</u>		Hora: <u>13.30</u>		Data: <u>25.08.91</u>		Hora: <u>13.30</u>	
Temp: <u>36.8</u>		TAP: <u>12</u>		Temp: <u>36.8</u>		TAP: <u>12</u>	
RMZ: <u>0.25</u>		RMZ: <u>0.25</u>		RMZ: <u>0.25</u>		RMZ: <u>0.25</u>	
TTPA: <u>31.90</u>		TTPA: <u>31.90</u>		TTPA: <u>31.90</u>		TTPA: <u>31.90</u>	
Assinatura: <u>0</u>		Assinatura: <u>0</u>		Assinatura: <u>0</u>		Assinatura: <u>0</u>	

22 NOV. 2019

Name: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: 25/08/1991 Idade:

Setor/Leito:

Termo de Consentimento Cirurgia: ( ☐ ) Sim ( ☐ ) Não

Termo de Consentimento-Anestesia: ( ) Sim ( ) Não

Date: 09/09/19

[illegible]

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2019

22 NOV. 2019



## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome do paciente: Silvia R. Dubeaux PereiraNome: Marina

PACIENTE CONFIRMADO:

☐ Identidade  
☐ Sítio Cirúrgico  
☐ Procedimento  
☐ Consentimento ☐ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

☐ Aplicar ☐ Não se Aplica

SÍTIO DE M. R. E. F. O.

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☐ TOXIMEN. TO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONFIRMADA

☐ Não ☐ Sim, Qual:

VIA AÉREA, DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☐ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA &gt; 500 ml

☐ Não

☐ Sim, e acesso venoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura

Hora:

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☐ Identificação do paciente  
☐ Sítio cirúrgico  
☐ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente.

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☐ Sim,

Qual:

Hora:

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☐ Sim

☐ Não se aplica

SAÍDA (Sala Operatória)

SAÍDA (Sala de Operação)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☐ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

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

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☐ Não

( ) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

22 NOV. 2019





ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Nome: Juarez da Silva

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

DATA  
HORA

09/09/19 de 08:45 EVOLUÇÃO

\* Ortopedia

Paciente com fratura de Póleo (8) (Golozzi) com  
um coto de tendimento cirúrgico (Ortopedia). Um  
procedimento cirúrgico impuro por falta de material cirúrgi-  
co (parafusos 16 e 18)

CD: Dieta Oral livre  
Ao Bloco

Dr. Fernando Rezende

22 NOV. 2019

ASSINATURA:



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F									
Bloco:	Data:	Enfermeira:	Leito:						
Nome Completo:	DN: / /		Sexo:	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M				
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 - aerossol	<input type="checkbox"/> Gotícula - perdigotos			
Alergia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual (is):						
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			
<b>SISTEMA NEURÓLOGICO</b> <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage			<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> <input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico DC: _____ <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso PA: _____ <input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico Pulso: _____						
<b>PUPILAS</b> <input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midriáticas <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes			<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melenas Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente						
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Pirexia <input type="checkbox"/> Hiperpirexia			<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b> <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Timpânico Ruídos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hiperacorada <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Acianótica <input type="checkbox"/> Edema Local: _____ Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Região: _____ Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b> <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropoio						
<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b> <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____									
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b> Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ 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 Lavagem: <input type="checkbox"/> Sifonagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo: _____ Local: _____									
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>									
<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			
<b>Escala de Morse</b>									
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	6. Estado Mental	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

GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de RoraimaHOSPITAL 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						SIV
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						SIV
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N						20x 9
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA						06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N						SIV
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR						
9	CURATIVO DIÁRIO						M
10	SSVV + CCGG 6/6H						Almo
11							
12							
13							
14							
15							
16							
<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ; 351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> 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

IL,

## SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	130x80	67	20	36,3°C
18 H	139/93	66	1	35,9°C
24 H	151x91	62		36°C

06 116x75 65 34,7°C

Dr. Odinachi Okenia  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM 1851/PP

22 NOV. 2019





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

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:	DN: / /	Sexo:	( ) F ( ) M
Hipótese Diagnóstica:			
Isolamento ou Precaução:	( ) Sim ( ) Não	( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos	
Alergia:	( ) Sim ( ) Não	Qual (is):	
Necessidade de Intérprete?	( ) Sim ( ) Não	Qual idioma:	
Possui acompanhante:	( ) Sim ( ) Não	Obs:	
Deambulação:	( ) Normal ( ) Sem deambulação ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Fraca ( ) Comprometida/cambaleante		
<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b> ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Sedado ( ) Torpido ( ) Comatoso ( ) Agitado ( ) Reage a estímulos ( ) Não reage		<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> ( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico BC: _____ ( ) Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso PA: _____ ( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico Pulso: _____	
<b>PUPILAS</b> ( ) Fotorreagente ( ) Mídicas ( ) Midríaticas ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes		<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> ( ) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT Aceleração da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia ( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melaena Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente	
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> ( ) Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico ( ) Febril ( ) Febre ( ) Fírexia ( ) Hiperpirexia		<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b> ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido ( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânico Ruídos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não	
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> ( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hiperacorada ( ) Anictérica ( ) Ictérica ( ) Clanótica ( ) Acianótica ( ) Edema Local: _____ Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não Região: _____ Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) SIM ( ) NÃO		<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b> ( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Poliúria ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria ( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Uropoio	
<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b> ( ) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia Oxigenoterapia: ( ) Sim ( ) Não Qual: _____			
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b> 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: _____			
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b> ( ) Deglutição Prejudicada ( ) Padrão respiratório ineficaz ( ) Risco de Lesão por Pressão ( ) Risco de infecção ( ) Ventilação espontânea prejudicada ( ) Risco de Quedas ( ) Risco de nutrição desequilibrada ( ) Mobilidade física prejudicada ( ) Risco de Broncoaspiração ( ) Risco de glicemia instável ( ) Risco de integridade da pele prejudicada ( ) Eliminação urinária prejudicada ( ) Risco de desequilíbrio do volume ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ( ) Risco de constipação ( ) Volume de líquidos excessivo ( ) Padrão de sono prejudicado ( ) Comunicação deficiente ( ) Volume de líquidos deficiente ( ) Déficit na autocuidado para Higiene			
<b>Escala de Morse</b> 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 6. Estado Mental Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 Orientado/limitado/conhece as limitações 0 Muleta/Bengala/Andador 15 Superestima capacidade/Esquece limitação 15 Mobiliário Parede 30 <b>TOTAL:</b> 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 RoraimaHOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HGR

Hospital Geral  
de Roraima

## 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	11/09/2019
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 + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				
9	CURATIVO DIÁRIO				
10	SSVV + CCGG 6/6H				
11	<i>Alto hospital</i>				
12					
13					
14					
15					
16	<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

## 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

IL,

## SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

 Dr. Marcos Aguiar  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRP 1455

*Alto hospital c/ programação  
 cirurg pelo NTD.*

22 NOV. 2019



11/11/03



**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 Rodrigues Brashe, 18 ANOS,  
 DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 20/09/19, COM  
 DIAGNÓSTICO DE Fratura de fêmur: (D)

NO DIA 20/09/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
Osteossíntese de fratura de fêmur (D) SENDO  
 OPERADO PELO DR. Dalson E DR. Marcelo A

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 21/09/19, ÀS 12,00h, EM  
 BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
 CORONEL MOTA NO DIA 09/10/19, ÀS 9,30h, COM O  
 DR. Dalson

Agendar no Ambulatório #02

**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. Odilashi Okemu  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM: 1851/RR

BOA VISTA, 20/09/19

MÉDICO

22 NOV. 2019



ADAR 03



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

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS**

PACIENTE Jessson Da Silva Rodrigues Brasil, 18 ANOS,  
 DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 20/09/19, COM  
 DIAGNÓSTICO DE Fratura do fêmur (12)

NO DIA 20/09/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
Osteossíntese da fratura do fêmur (12) SENDO  
 OPERADO PELO DR. Dalson E DR. Marcelo A

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 21/09/19, ÀS 12,00h, EM  
 BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
 CORONEL MOTA NO DIA 09/10/19, ÀS 9,30h, COM O  
 DR. Dalson

Agendar de retorno 11/02

**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. Odina Okemui  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM: 1551/PP

BOA VISTA, 20/09/19

MÉDICO



ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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)

	Resultado	Referência
TEMPO DE PROTROMBINA	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

Úcleo 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  
Bióquímica  
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 1 de 1



Hospital Geral de Roraima  
0xx95) 2121 0640-  
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 -  
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU  
SECRETARIA DE SAÚDE



GOVERNO  
DE RORAIMA

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

**Resultado de Exame**

Amostra: 2012113701

**HEMOGRAMA COMPLETO**

**Material:** SANGUE TOTAL

**Metodologia:** M26 - Automatizado (bc-5380)

**LEUCOGRAMA**

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	9.15 x10 <sup>3</sup> /uL	4.0 - 10.0 x10 <sup>3</sup> /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 <sup>6</sup> /uL	4.32 - 5.52 x10 <sup>6</sup> /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 <sup>3</sup> /uL	150.0 - 400.0 x10 <sup>3</sup> /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

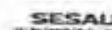
(\*) Ratificado

Página 1 de 2



Hospital Geral de Roraima  
0xx95) 2121 0840-  
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3306 -  
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR



GOVERNO  
DE RORAIMA



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

**Resultado de Exame**

**DETERMINAÇÃO DO GRUPO SANGUÍNEO**

**Material:** SANGUE TOTAL

**Metodologia:** M29 - Aglutinação

**GRUPO SANGUINEO**

	<b>Resultado</b>	<b>Referência</b>
ABO	" 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  
SECRETARIA DE SAÚDE



GOVERNO  
DE RORAIMA



ESTADO DE RORAIMA  
FUNDAÇÃO PATAMON - DO SUS / EAB

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

#### Resultado de Exame

Amostra: 2012113703

#### DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: 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 JEJUM

Material: SORO

Métodologia: 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

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)  
URÉIA

Resultado  
48.69 mg/dL

Referência  
15.0 - 40.0 mg/dL

22 NOV. 2019

Thátiane 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

(\*) Retificado  
Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima  
0xx(95) 2121 0640  
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3306 -  
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR



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	MACA 3	DATA	21/09/2019
ITEM					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				
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

!!L,

# 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				

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

22 NOV. 2019



GOVERNO DE  
RORAIMA  
Secretaria de Saúde

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JERISSON DA SILVA				
AGNÓSTICO	FX ANTEBRAÇO D				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	MACA3	DATA	10/09/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA LIVRE				SND
2	AVP				Mante
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
5	TRAMAL 100MG + SF0,9% 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				OG
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					
	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				

14  
06 12

EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,  
COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, O,  
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: 20/10/2013	Enfermária:	Letor:
Nome Completo: Joice da Silva	DN: 27.1	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
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 - aerossol <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		
<b>SISTEMA NEURÓLOGO</b> <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage		<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> <input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico BC: _____ <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso PA: _____ <input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico Pulso: _____	
<b>PUPILAS</b> <input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midríaticas <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes		<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b> <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Pirexia <input type="checkbox"/> Hiperpirexia		<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b> <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Rápido <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Timpânico Ruídos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b> <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hiperacorada <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Aclanótica <input type="checkbox"/> Edema Local: _____ Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Região: _____ Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b> <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen	
<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b> <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____			
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b> Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ 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: _____ Trocar em: _____ Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo: _____ Local: _____			
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>			
<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			
<b>Escala de Morse</b>			
1. Histórico de Queda Não 0 Sim 25		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado Não 0 Sim 20	
2. Diagnóstico Secundário Não 0 Sim 15		5. Marcha/Deambulação Normal/Sem deambulação/Acamado 0 Fraca 10 Comprometida/Cambaleante 20	
3. Auxílio na Deambulação Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 Muleta/Bengala/Andador 15 Mobiliário Parede 30		6. Estado Mental Orientado/limitado/conhece as limitações 0 Superestima capacidade/Esquece limitação 15	
<b>TOTAL:</b> Risco Baixo: 0 - 24		<b>TOTAL:</b> 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 <i>Jerisson de Silva</i>		
AGNÓSTICO <i>fratura de tábua 12</i>		
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	28-06-19
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	SN
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	27-06-19
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
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	SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H	Rolha
14	CURATIVO DIÁRIO	curativa
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 MÉDICA:**  
 # 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 Okemili*  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM: 135.419

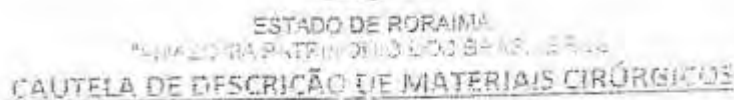
SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

*Blau D*  
*Mora 03*

**22 NOV. 2019**





Dados dos materiais/Serviço

2. VIA-PROTUMINO DO PACIENTE  
DO DIA/CME

[illegible]

22 NOV. 2019



Nome: Wilson da Silva

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

Sector/Leito: Maca 03

Data: 20/09/19

Termo de Consentimento Cirúrgico: ( ) Sim (x) Não

Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim (x) Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA						
Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Localização	Cirurgia	Anestesia	Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR 0/10
15:59	16:25	16:40	17:37		1. Sonda			0'						
					2. Curativo			15'						
					3. Dreno			30'						
					4. Acesso venoso			45'						
					5. Outros:			01:30 h						
								2 h						
Observações:														
Balneio Hídrico (PRÉ/INTRA/POÓS OPERATÓRIO)														
Entrada				Saída										
Medicação	CH	SNG/Volúme	Dreno/Qual	Hora	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Outros							
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)														
<p>Paciente em PP, observando sinais vitais em uso de O2, FC 76, SPO2 97%, PA 120x80, sem alterações.</p> <p>Dr. Wagner</p> <p>Dr. Luciano dos Santos</p> <p>GOVERNADOR 352.112 - ENF</p>														





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Jeisson da Silva			20 / 09 / 19

CIRURGIA			
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
Ost. de Frotura de Rodo Distal Direita	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	16:40	17:31	

EQUIPE MÉDICA			
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	De Edino	
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:	DR EVERSON	
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	Fagner	
	CIRCULANTE	Lorendes + Isaac	

TIPO DE ANESTESIA: Geral	TEMPO DE DURAÇÃO:
--------------------------	-------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500
<input type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0		1	FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº 5.0	
	LUVA ESTERIL 8.0		<input type="checkbox"/>	FIO MONONYLON Nº 3.0	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<input type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDAN Nº 4.0	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL Alcohol 150ml	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSO GACON p/ desmamação	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrodo		1	OUTROS: Pevidine 400ml	

1 cateter F109	1 atadura de escom
----------------	--------------------

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

22 NOV. 2019



BOLETIM OPERATÓRIO

Dr. FISSON DA SILVA

Data: 20.09.19

O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Paciente em D.V. de 1.ª cirurgia
- (2) Lesão e fratura
- (3) Colocação de placas e parafusos
- (4) Menisco lateral, acesso Thompson + drenagem
- (5) Por placas longas e uso de torniquete de
- (6) foco de fratura
- (7) Placas curvas + parafusos na placa PCB
- (8) de 07 orifícios e com parafusos
- (9) Controle radiológico
- (10) L.M.C
- (11) Sutura por pontos
- (12) Curativos
- (13) RPA

Dr. Odinachi Okemini  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 194119





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

# FICHA DE ANESTESIA

JENISON DA SILVA

20-08-19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		N°	
16:00 18:00			
AGENTES	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45		
LIQUIDOS VENCOSOS	AM 500 500 500	ELG, AC, PNI, SP02	
DA	38 36 34 32 30		
USO	100 100 100 100 100		
ANES	180 130 130 130 130		
OP	140 140 140 140 140		
TEMP	38 36 34 32 30		
ASPIR	80 80 80 80 80		
RESP	12 12 12 12 12		
SÍMBOLOS	x 0		
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A FENTANYL 250mcg		ANESTESIA VENOSA	X CHECK LIST AP. ANESTESIA E MONITORIZAÇÃO
B PROPOFOL 200mcg		BRANQUEAMENTO 500	1- O2 SOB CAROTEA NASAL 2L/min
C ATRACURIO 40mg		VM COM ABSORVEDOR	2- PRÉ-OXIGENIAÇÃO COM O2 100%
D		DE CO2 + BLOQUEIO	3- TOT COM TOT 8.0 COM CURR
E		DO PLEXO BRAQUIAL	SOB VISUALIZAÇÃO DIRETA
F		DIRETO	4- ATROPINA 0.5mg IV
G			5- LORAZOLAM 1mg IV
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Nasal / Oro Faríngea	6- TENOXICAM 40mg IV
MDCO		Naso / Orotraqueal - Cega	
SANGUE		Bal - Tampo - Calibre da Tuba 8.0	
SP02, 91. 1500mL		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica NAE	
TOTAL	1500mL	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	OSTEOSSÍNTESE DE CAPTURA DE ANTEBRAÇO		
ANESTESIA	CÓDIGO	QUIRÚRGIO	PERDA SANGÜEA
DR. EDIWO		DR. DALSON	

R. E. E. E. E.

- 7- OXIDANTEROMIA 8mg IV
- 8- DIPLOMIA 2g IV
- 9- ATROPINA 0.5mg IV
- 10- NEOSTIGMINA 1.5mg IV
- 11- ENCAMINHADO A SRPA

22 NOV. 2019



A

atg: 21/09/19

**SUS** Sistema Único de Saúde **Ministério da Saúde** **BLOCO A** LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

H.C.R.

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PROSEUTÓRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Presença de fratura de fêmur (D)

22 NOV. 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Intenção de cirurgia

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

fratura de fêmur (D)

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Valério

20/09/19

assinatura  
Mário José de Almeida  
CRM: 185.118.110-0

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

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

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 SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

0407020458  
5523  
2499

( ) CNS

( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

20/09/19



ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

**AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA PROGRAMADA**

O paciente Jerson de Azevedo R. Brasil de 28 anos,  
data de nasc: 28/08/91 contato: (95)- \_\_\_\_\_, com o diagnóstico: Fx Gallegos  
tendo como indicação o procedimento: Artroscopia Fx Anterior (6) 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 (rouidão) 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 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 Azevedo R. Brasil 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



SAME



NIR

ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

**AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA PROGRAMADA**

O paciente Serimam da S. dos R. Rodrigues de 27 anos,  
data de nascimento 31/8/91 contato: (95)-92402-7236 com o diagnóstico: fratura de ulna  
tendo como indicação o procedimento: cirurgia da ESPECIALIDADE  
ortopedia agendado para 9/9/19 às 7:00 h, devendo retornar para  
internação em 8/9/19 às 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 Aírton 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.**

*Dr. Alencar Cavalcante*  
Médico Plantonista  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1904  
**MÉDICO ORTOPEDISTA**  
Assinatura e Carimbo

**PACIENTE OU RESPONSÁVEL**  
Assinatura e CPF:

*Dr. André Santos Marinho*  
Médico  
CRM-RR 1904  
**MÉDICO REGULADOR - NIR/HGR**  
Assinatura e Carimbo

**COMPROVANTE PARA USO E CONTROLE DO NIR - HGR**

O paciente Serimam da S. dos R. Rodrigues de 27 anos, com indicação de internação  
PELA ESPECIALIDADE ortopedia EM 8/9/19 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.**

*Dr. Alencar Cavalcante*  
Médico Plantonista  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1904  
**MÉDICO ORTOPEDISTA**  
Assinatura e Carimbo

**PACIENTE OU RESPONSÁVEL**  
Assinatura e CPF:

*Dr. André Santos Marinho*  
Médico  
CRM-RR 1904  
**MÉDICO REGULADOR - NIR/HGR**  
Assinatura e Carimbo



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Perimon da Silva Rodrigues, 27 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/8/19, COM  
DIAGNÓSTICO DE fratura de Colarço

NO DIA    /    /   , FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
SEDO

Intubado  
OPERADO PELO DR. Jesus E DR.   

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

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA    /    /   , ÀS   , COM O  
DR. Cirurgião planejado para o  
dia 22/8/19 manhã

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

BOA VISTA,    /    /   

MÉDICO

Dr. Augusto Cavalcante  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1904



# TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho - CTPS, criada pela Lei nº 2.035 de 29.10.1932, e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 3.452 de 01.06.1943 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer espécie de atividade profissional.

Serão registrados todos os dados de Trabalho, elementos básicos para o conhecimento dos seus direitos perante a Previdência Social, bem como para a obtenção de aposentadoria e demais benefícios sociais, garantindo, ainda, sua habilitação para o emprego e ao Fundo de Garantia do Serviço - FGTS.

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

Devido à sua importância, é seu dever protegê-la e cuidar dela, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: [www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br)

# MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

## CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP 126.60368.66-1

NÚMERO 6259872

SÉRIE 0030

UF RR

*Jerison Da Silva Rodrigues Assis*

ASSINATURA DO TITULAR



22 NOV. 2019



ASSINATURA DO TITULAR

*Jerison Da Silva Rodrigues Assis*

NÚMERO 6259872

SÉRIE 0030

UF RR

PIS/PASEP 126.60368.66-1

## CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

# MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

VISITE O PORTAL MTE: [www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br)

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

Serão registrados todos os dados de Trabalho, elementos básicos para o conhecimento dos seus direitos perante a Previdência Social, bem como para a obtenção de aposentadoria e demais benefícios sociais, garantindo, ainda, sua habilitação para o emprego e ao Fundo de Garantia do Serviço - FGTS.

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

Devido à sua importância, é seu dever protegê-la e cuidar dela, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

Esta é a sua Carteira de Trabalho - CTPS, criada pela Lei nº 2.035 de 29.10.1932, e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 3.452 de 01.06.1943 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer espécie de atividade profissional.

# TRABALHADOR



**CONTRATO DE TRABALHO**

EMPREGADOR: **12.011.976/0002-20**  
**Ferreira e Gomes Com. Ltda - ME**  
 ENDEREÇO: **Av. Ville Roy, 5760 - Centro**  
 MUNICÍPIO: **CEP: 69.301-000** UF: **PA**  
 ESP. DO ESTABELECIMENTO: **VENDEDOR**  
 CARGO: **VENDEDOR**  
 CBO Nº: **5214-10**

DATA DE ADMISSÃO: **10** DE **Januário** DE **2012**  
 REGISTRO Nº: **FLS / RCHA**  
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: **R\$ 642,00 (Seiscentos e quarenta e dois reais)**  
**Henrique Ferreira Coscarelli**  
 Sócio-Administrador

DATA DE SAÍDA: **11** DE **Julho** DE **2012**  
**Henrique Ferreira Coscarelli**  
 Sócio-Administrador

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

**CONTRATO DE TRABALHO**

EMPREGADOR:   
 ENDEREÇO:   
 MUNICÍPIO:   
 ESP. DO ESTABELECIMENTO:   
 CARGO:   
 CBO Nº:   
 DATA DE ADMISSÃO:   
 REGISTRO Nº:   
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA:   
 DATA DE SAÍDA:   
 COM. DISPENSA CD Nº:   
 FGTS Nº DA CONTA:   
 09

22 NOV. 2019

**QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO**

**JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE**

FILIAÇÃO: **ALFONSO THOMAZ BRASHE FILHO**  
 ANA DA SILVA RODRIGUES  
 NASCIMENTO: **25/06/1991**  
 SEXO: **MASCULINO**  
 ESTADO CIVIL: **SOLTEIRO**  
 ATUALIDADE: **BOMFIM - RR**  
 OCUPAÇÃO: **R.G. 3322327 SSP RR 04/03/2009**  
 ELP: **9.048, DE 18 DE MAIO DE 1996**  
 CPF: **015.027.402-57** CNH:   
 TIT. ELEITOR: **84242112640** SEÇÃO: **085**  
 ZONA: **001**  
 DATA DE EMISSÃO: **SINTER - 22/03/2011**

ASSINATURA DO EMISSOR

**ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE**

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE  
DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
 ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE (RG) (Emissão)  
 114807 SSP RR

CPF  
 383.051.512-04

DATA NASCIMENTO  
 07/04/1978

FRAÇÃO  
 JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

CNRRIA INACIO DE  
 OLIVEIRA

PERMISSÃO  
 ACC  
 CAT. IVA  
 AD

Nº REGISTRO  
 01101912304

VALIDADE  
 29/01/2020

1ª HABILITAÇÃO  
 15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
 BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO  
 30/01/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

92485240616  
 RR207968020

DETRAN RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

980151096

RECIBIDO PLASTIFICAR

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

**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



# 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

**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

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME: Jerisson da Silva Rodrigues Brashe  
 NACIONALIDADE: Brasileiro  
 PROFISSÃO: Atendente  
 IDENTIDADE: 3322324  
 ENDEREÇO: Rua: Francisco Araújo Viçosa - Cidade Nova, N: 395

## OUTORGADO

NOME: Glôr Inácio de Souza  
 NACIONALIDADE: Brasileiro  
 PROFISSÃO: Autônomo  
 IDENTIDADE: 334804  
 ENDEREÇO: Rua: Antonio Pinheiro Galvão, 1832 - Burt's

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 Invalidez, vítima: Jerisson da S. Rodrigues Brashe

Boca Vista - RR, 25/10/19

## LOCALE DATA

Jerisson da Silva Rodrigues Brashe

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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 20/08/2019

**Titular do CPF:** JERISSON DA SILVA  
RODRIGUES BRASHE

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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](http://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



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

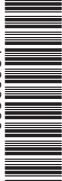
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Autorização de pagamento</b>	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



---

**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

**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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 05029.402-57 4 - Nome completo da vítima: Jussion da S. Rodrigues Auarhe

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

5 - Nome completo: Jussion da Silva Rodrigues Auarhe 6 - CPF: 7 - Profissão: Atendente 8 - Endereço: Rua: Francisco Manoel Leao 9 - Número: 395 10 - Complemento: 11 - Bairro: Nova cidade 12 - Cidade: Bonfim 13 - Estado: RR 14 - CEP: 15 - E-mail: jlozuv@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): 999154-4282

## 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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) ☐ Itali (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 9588 CONTA: 6874 AGÊNCIA: CONTA:

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 do 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) ☐ Divorçado ☐ 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 nascido (vários nascidos)? ☐ 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 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.

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# 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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 3588 CONTA: 6871 AGÊNCIA: CONTA:

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. 39, §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 (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 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 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA 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: Atendente 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 (SUPOSTO 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, VINDO A CAIR NA PIÇARRA, QUE EM CONSEQUENCIA DA QUEDA, TEVE O BRAÇO DIREITO FRATURADO E VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO. É O RELATO.






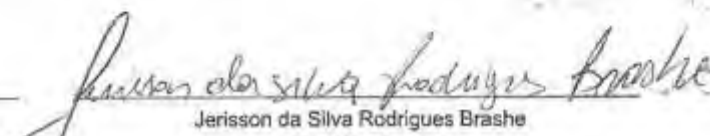
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BONFIM - BONFIM - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037137/2019

ASSINATURAS

  
Ana Cleide Barros de Oliveira  
Agente de Polícia  
Matrícula 042000411  
Responsável pelo Atendimento

  
Jerisson da Silva Rodrigues Bráshe  
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assenhadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que delibrei, 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: 05029.402-57 4 - Nome completo da vítima: Jussion da S. Rodrigues Auarhe

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

5 - Nome completo: Jussion da Silva Rodrigues Auarhe 6 - CPF: 7 - Profissão: Atendente 8 - Endereço: Rua: Francisco Manoel Leao 9 - Número: 395 10 - Complemento: 11 - Bairro: Nova cidade 12 - Cidade: Bonfim 13 - Estado: RR 14 - CEP: 15 - E-mail: jlozuv@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): 999154-4282

## 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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) ☐ Itali (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 9588 CONTA: 6874 AGÊNCIA: CONTA:

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 do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vã nascit)? ☐ 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 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.

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)