

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:
2723701920200525103608

Processo 0811208-04.2020.8.23.0010 ☆ - (19 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:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

7 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 7

500 por pág.

1



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

Processo: 08112080420208230010

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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 **ALEX DOS SANTOS PEREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **29/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, 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   orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrar  em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218,   4  do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-f , 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 d vidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO -  NUS 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. 5    5  da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

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

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

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

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA.  NUS 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,  l m da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do  nus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5  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 / 16  CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

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.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

Contudo, é cristalino que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão da mora do pagamento do Seguro DPVAT, conforme demonstrado abaixo:

Seguro DPVAT

Consulta a Pagamentos Efetuados

Sua busca por placa: NAM0945 UF: RR CATEGORIA: 09*

Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
2015	R\$292,01	Quitado	
2014	R\$292,01	Quitado	
2013	R\$292,01	Quitado	
2012	R\$279,27	Quitado	
2011	R\$279,27	Quitado	

Seguro DPVAT

Calendário de pagamento

Selecione as opções abaixo para acessar o calendário de pagamento do Seguro DPVAT:

Exercício: 2019 UF: RR Final da Placa: 5 Categoria: 9 Pagamento: À vista Consultar

Categoria: 9

Final da Placa	IPVA (COTA ÚNICA)	Com Desconto?	DPVAT	Licenciamento
5	31/07/2019	NÃO	31/07/2019	28/06/2019

RR: TABELA DE VENCIMENTO DO IPVA E DO SEGURO DPVAT DE 2019

Assim, não há em que se cogitar cobertura securitária para o caso concreto, conforme Resolução 332/2015, em seu art. 17, §2º.

Como qualquer outro seguro, o DPVAT é um contrato aleatório, onde a seguradora, mediante uma contraprestação pecuniária, assume a responsabilidade de indenizar o segurado na hipótese de ocorrido o sinistro.

Por certo, o inadimplemento por parte dos proprietários de veículos, gera um desequilíbrio no provisionamento, ao passo que a seguradora não recebeu o pagamento que lhe era devido. Assim, a ausência de quitação do

prêmio, inviabiliza a manutenção regular do contrato, ensejando um aumento nos valores do prêmio, a fim de harmonizar o balanço atuarial da seguradora, onerando os demais proprietários.

Ademais, se deve frisar o caráter social do Seguro DPVAT, evidenciado pela destinação do prêmio pago pelos proprietários de veículos automotores. Digno de destaque, que o valor pago a título de prêmio é rateado de forma que 45% dos valores arrecadados são direcionados ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para custeio de tratamento de vítimas de acidente na rede pública, no Sistema Único de Saúde-SUS e 5% são destinados aos programas educativos que buscam prevenir a ocorrência de novos acidentes, através do DENATRAN.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Conforme antedito, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Assim, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça buscou, tão somente, resguardar o direito de terceiros quando não realizado o pagamento do prêmio pelo causador do sinistro.

Portanto, feita a devida análise nos precedentes da súmula 257, STJ, quais sejam: REsp 200838/GO; REsp 67763/RJ; e REsp 144583/SP, temos que a mesma trata de situações jurídicas distintas, quando confrontado ao teor Resolução 273/2012 do CNSP, conforme quadro comparativo que segue:

RESOLUÇÃO 273 /2012 DO CNSP	SÚMULA 257, STJ
Exclui da cobertura a vítima, quando esta for proprietária do veículo causador do acidente, estando este inadimplente.	Garante o recebimento do seguro a TERCEIROS vítimas de sinistro causado por proprietário de veículo inadimplente.

Consigne-se, por oportuno, que a interpretação que deve ser dada à Súmula 257, STJ, corroborando com a exegese do art.7º, §1º da Lei 6.194/74^x, garante à seguradora consorciada o direito de regresso em face do proprietário inadimplente em caso de eventuais valores que se desembolsem com as vítimas de sinistros quando o evento for causado por proprietários inadimplentes.

Ora, se o §1º do art. 7º da Lei 6.194/74 prevê o direito de regresso em face do proprietário inadimplente, e houvesse condenação da Seguradora em indenizar o referido proprietário, a parte autora figuraria tanto como credora, como devedora dos valores indenizatórios. Deste modo, forçoso aplicar o instituto da compensação e a consequente extinção das obrigações, de acordo com o Art. 368 do Código Civil.

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.

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\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, 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.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA		 Administradora do Seguro DPVAT		
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190673138	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA	Data do acidente: 29/06/2019	Seguradora: ALFA SEGURADORA		
PARECER				
Diagnóstico: FRATURA DA PELVE EM LIVRO ABERTO.				
Descrição do exame físico: AO EXAME, DEAMBULANDO COM APOIO DE MULETAS DEVIDO INSTABILIDADE MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO QUE ESTÁ COM SINAIS DE ATROFIA, INSTABILIDADE MOTORA DE SUSTENTAÇÃO DO CORPO. TESTE DE PATRICK POSITIVO LADO DIREITO.				
Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DA PELVE EM LIVRO ABERTO E REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO REDUÇÃO E COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO POR QUASE 03 MESES. FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM NOVEMBRO DE 2019.				
Sequelae permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.				
Sequelae: Com sequela				
Data do exame físico: 19/12/2019				
Conduta mantida:				
Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU MÉDIO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.				
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 inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais), 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 29/06/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais).

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:	16/01/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEX DOS SANTOS PEREIRA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 03027
CONTA: 000000031511-4

Nr. da Autenticação 94241274F4DE8FFF

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 4.725,00 (QUATRO MIL E SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE JURÍDICA DO PAGAMENTO INTEGRAL

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

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

Cabe ressaltar que não há que se falar em recebimento de indenização em grau total, sem atentar-se que o autor já recebeu conforme a Lei 11.945/2009, ou seja, nos casos de invalidez permanente TOTAL a vítima receberá o montante de ATÉ R\$ 13.500,00, não existindo a possibilidade de receber além deste valor alegando novo sinistro e nova lesão, o que levaria a parte autora a beneficiar-se economicamente as expensas da ré e sob o manto do Poder Judiciário, não podendo receber além do limite máximo indenizável.

A PARTE AUTORA POSSUI UM SINISTRO OCORRIDO EM 13/01/2013 COM PROCESSO Nº: 07254596320138230010 NO QUAL TEVE ACORDO (VALOR DO PAGAMENTO 24.958,92 – VALOR DIFERENÇA PAGAMENTO INVALIDEZ PERMANENTE)

Sendo assim, não há que se falar em hipótese de condenação devido ao valor indenizatório ultrapassar o valor de R\$ 13.500,00, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de **R\$ 4.725,00 (QUATRO MIL E SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS)**.

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo expert, ATÉ O LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL DE R\$ 13.500,00 tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

⁷art. 1º. (...)

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

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 12 de maio 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 a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/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 **ALEX DOS SANTOS PEREIRA**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08112080420208230010.

Rio de Janeiro, 12 de maio 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

Consulta de Veículos na Base Local

Consulta Local por Placa: NAM0945

Situação:

1-EM CIRCULACAO

DADOS DO VEICULO

Placa:	NAM0945	Chassi:	9C2JC4110AR633401	Renavam:	00208755977	Remarcado(S/N):	N
Município:	00301-BOA VISTA	Marca/Mod:	002844-HONDA/CG 125 FAN KS				
Procedência:	1 - NACIONAL	Tipo:	04-MOTOCICLETA	Espécie:	01-PASSAGEIRO		
Categoria:	01-PARTICULAR -	Combustível:	02-GASOLINA	Ano Mod/Fab:	2010 / 2010		
Cor:	11-PRETA	Cap Passag:	002	Potência:	000	Cilindradas:	0124
Carroceria:	999-NAO APLIC.	Nº Motor:	JC41E1A633401	Nº Câmbio:			
Faixa Seguro:	09 Deficiente Físico:						
Roubo Furto:	N	Data da Última Atualização:	06/05/2010	Taxi:	NAO	Selo Idoso:	
Ano Último CRLV Emitido:	2015	Ano Último Licenciamento:	2015 - Autorizado em 13/12/2017				
Observações:	PROIB SAIR AMAZ OCID						
Ind. Restrição:	9997 - SEM RESERVA DE DOMINIO						
Numero do Lacre:	0016942027RR						
Numero de autorização:							
DADOS DO PROPRIETARIO							

Nome:	ARAUJO E SARAIVA LTDA			CPF/CNPJ:	07.573.569/0003-57		
Endereço:	AV VILLE ROY			Nº:	6643	Bairro:	CENTRO
Complemento:				Cidade:	BOA VISTA		
Data Aquisição 0km:	03/05/2010	Valor 0km:	5540,00			Cep:	69301000
Data Transferência:	03/05/2010	Valor:	5540,00	Nº Doc. Aquisição:	03819		
PROPRIETÁRIO ANTERIOR							

Nome:	RORAIMA MOTORES LTDA			CPF/CNPJ:	04.050.068/0003-06		
Endereço Anterior:	BOA VISTA			UF:	RR		
DADOS DA DOCUMENTAÇÃO							

Data CRV:	06/05/2010	Nº CRV:	*****	Data CRLV:	13/11/2015	Nº CRLV:	010216387407
RESTRICÇÕES							

07-BENEFICIO TRIBUTARIO

Observações: PROIB SAIR AMAZ OCID

Nº Restrição:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

 Polegar Direito 

Adalia da Silva Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 129872	DATA DE EXPEDIÇÃO 20/11/2008
NOME ADALIA DA SILVA SANTOS	
FILIAÇÃO ALMIRO BISPO SANTOS	
LUIZA OLIVEIRA DA SILVA	
NATURALIDADE	
BOA VISTA - RR	DATA DE NASCIMENTO 07/04/1964
CERTD NASC 64697 FLS 219	LIV A-91
BOA VISTA - RR	
447.368.862-34	
2 VIA	

Rita de Cássia Coelho de Araújo
Diretora do IDOC

LEI Nº 7.116 DE 28/06/03

P. 1

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

563738

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429747/19

Vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA

CPF: 004.007.762-43

Data do acidente: 29/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEX DOS SANTOS PEREIRA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEX DOS SANTOS PEREIRA : 004.007.762-43

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/12/2019
Nome: ALEX DOS SANTOS PEREIRA
CPF: 004.007.762-43

ALEX DOS SANTOS PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190673138 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA Pelve em Livro Aberto.

Descrição do exame físico: AO EXAME, DEAMBULANDO COM APOIO DE MULETAS DEVIDO INSTABILIDADE MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO QUE ESTÁ COM SINAIS DE ATROFIA, INSTABILIDADE MOTORA DE SUSTENTAÇÃO DO CORPO. TESTE DE PATRICK POSITIVO LADO DIREITO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DA Pelve em Livro Aberto e realizou tratamento cirúrgico redução e colocação de fixador externo por quase 03 meses. fez fisioterapia, alta em novembro de 2019.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/12/2019

Conduta mantida:

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU MÉDIO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190673138 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA Pelve em Livro Aberto.

Descrição do exame físico: AO EXAME, DEAMBULANDO COM APOIO DE MULETAS DEVIDO INSTABILIDADE MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO QUE ESTÁ COM SINAIS DE ATROFIA, INSTABILIDADE MOTORA DE SUSTENTAÇÃO DO CORPO. TESTE DE PATRICK POSITIVO LADO DIREITO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DA Pelve em Livro Aberto e realizou tratamento cirúrgico redução e colocação de fixador externo por quase 03 meses. fez fisioterapia, alta em novembro de 2019.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/12/2019

Conduta mantida:

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU MÉDIO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190673138 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PELVE EM LIVRO ABERTO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190673138 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PELVE EM LIVRO ABERTO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429747/19

Vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA

CPF: 004.007.762-43

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 29/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEX DOS SANTOS PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEX DOS SANTOS PEREIRA : 004.007.762-43

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/12/2019
Nome: ALEX DOS SANTOS PEREIRA
CPF: 004.007.762-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ALEX DOS SANTOS PEREIRA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190673138

Vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 29/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEX DOS SANTOS PEREIRA

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, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190673138

Vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 29/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALEX DOS SANTOS PEREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190673138

Vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 29/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEX DOS SANTOS PEREIRA

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **ALEX DOS SANTOS PEREIRA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000003027**

Conta: **000000031511-4**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190673138
Nome do(a) Examinado(a):	ALEX DOS SANTOS PEREIRA
Endereço do(a) Examinado(a):	R JACANA 993 JD PRIMAVERA
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	004.007.762-43
Data e local do acidente:	29/06/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 19/12/2019

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM CONSEQUENTE FRATURA DA PELVE- EM LIVRO ABERTO

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO REDUÇÃO + COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO POR QUASE 03 MESES + REPOUSO; FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM NOVEMBRO DE 2019

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

DEAMBULANDO COM APOIO DE MULETAS DEVIDO INSTABILIDADE MOTORA DO MID- NA INSPEÇÃO OBSERVO MID COM SINAIS DE ATROFIA, INSTABILIDADE MOTORA DE SUSTENTAÇÃO DO CORPO// TESTE DE PATRICK POSITIVO LADO D

IV) Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

MID: COMPROMETIMENTO ANATOMOFUNCIONAL EM GRAU MODERADO

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

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

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

Região Corporal (Sequela): MEMBRO INFERIOR DIREITO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII) .* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

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

Carimbo com nome e CRM

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

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: 004.007.762-43 4 - Nome completo da vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA

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

5 - Nome completo: ALEX DOS SANTOS PEREIRA 6 - CPF: 004.007.762-43
7 - Profissão: TÉCNICO REFRIGERAÇÃO 8 - Endereço: RUA JASANA 9 - Número: 993 10 - Complemento:
11 - Bairro: JARDIM PRIMAVERA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-182
15 - E-mail: confiancaest@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 98118-1200

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) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3027 ☐ CONTA: 0031511 ☐ 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA - RR, 21 de novembro de 2019

Alex dos Santos Pereira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019532/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 29/06/2019 17:48 Data/Hora Fim: 29/06/2019 18:01
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 065298 Série J Data: 29/06/2019
Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 29/06/2019 15:20

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Av. Dom Aparecido José Dias

Bairro: Cidade Satélite
Nº: 4354

Ponto de Referência: Farmácia Olímpico

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VALDENILDA SIMÕES LAURINDO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade: 39

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua R

Nº: 132

Bairro: Cidade Satélite

Nome Civil: ALEX DOS SANTOS PEREIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 30

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Jaçaná

Nº: 993

Bairro: Jardim Primavera

Nome Civil: JAMILLY DA SILVA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade: 14

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Jaçaná

Nº: 993

Bairro: Jardim Primavera

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço



Delegado de Polícia Civil: Clayton Alexandre Ellwanger
Impresso por: Jefferson Inácio Araújo
Data de Impressão: 01/08/2019 10:02
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019532/2019

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 07.573.569/0003-57	Placa NAM0945
Renavam 00208755977	Número do Motor JC41E1A633401
Número do Chassi 9C2JC4110AR633401	Ano/Modelo Fabricação 2010/2010
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 06/05/2010	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Alex dos Santos Pereira	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
CPF/CNPJ do Proprietário 085.479.167-17	Placa NOR7868
Renavam 00227586557	Número do Motor SMRBB236951
Número do Chassi 9BFZK53A3BB236951	Ano/Modelo Fabricação 2011/2010
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo FORD/KA FLEX
Modelo FORD/KA FLEX	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 16/09/2015	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Valdenilda Simões Laurindo	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Senhor delegado,

Fomos acionados via CIOPS para averiguar ocorrência de acidente de trânsito no endereço acima citado. Chegando ao local os Senhores Alex dos Santos Pereira e Jamilly da Silva haviam sido socorridos pelo Samu e a Senhora Valdenilda Simões Laurindo estava muito nervosa e não conseguiu informar ao certo o que aconteceu. Populares nos informaram que a senhora Valdenilda Simões Laurindo estava conduzindo seu carro (FORD/KA FLEX, COR VERMELHA, PLACA NOR7868) pela Avenida Dom Aparecido José Dias, sentido bairro-centro, quando ao fazer a conversão para a esquerda para entrar na rua R, não percebeu que o senhor Alex dos Santos Pereira conduzia a motocicleta (HONDA/CG FAN 125, COR PRETA, PLACA NAM0945) na mesma avenida mais no sentido oposto (sentido centro-bairro) ocasionando a colisão. Como o local foi violado não foi acionado a perícia. Ambos os condutores não possuem habilitação. O carro estava com a documentação em dias, a motocicleta com documentação em atraso, não sendo possível recolher ao pátio do DETRAN por falta de meios e foi entregue a familiares.

Era o que tinha a relatar.



Delegado de Polícia Civil: Clayton Alexandre Ellwanger
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 01/08/2019 10:02
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019532/2019

ASSINATURAS

Carlos Emanes Benevenuto Miranda

Agente de Polícia

Matrícula 42000447

Responsável pelo Atendimento

Polícia Militar do Estado de Roraima

(Comunicante)

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

VTR	SUOp	DATA	S/SETOR	H/Trans	H/Inicial	H/Chegada	H/Final
628	1º BPM	29/06/2019	LESTE	15:10	15:10	15:20	17:00
Código. Ocorrência		Cód. Providência		Cód. Serv. Prest.		KMI	KMF
1001/1003		13023		-----		97.523	97.538

LOCAL DA OCORRÊNCIA

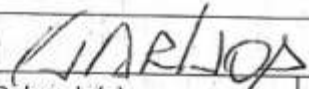
Rua/Av.	AVENIDA DOM APARECIDO JOSÉ DIAS	Nº	4354	Bairro:	CIDADE SATELITE	Ref.	FARMACIA OLIMPICO
---------	---------------------------------	----	------	---------	-----------------	------	-------------------

PESSOAS RELACIONADAS

1	ENVOLVIDA	Nome:	VALDENILDA SIMÕES LAURINDO	Idade	39 A	Estado Civil	SOLTEIRA
Endereço:		RUA R, 132, CIDADE SATELITE					
CPF		085.479.167-17		CNH		-----	
				Profissão:		DO LAR	
2	ENVOLVIDO	Nome:	ALEX DOS SANTOS PEREIRA	Idade	30 A	Estado Civil	SOLTEIRO
Endereço:		RUA JACANÃ, 993, JARDIM PRIMAVERA					
RG:		309.121-0 SSP/RR		CNH		-----	
				Profissão:		TEC EM REFRIGERAÇÃO	
3	ENVOLVIDA	Nome:	JAMILLY DA SILVA	Idade	14 A	Estado Civil	SOLTEIRA
Endereço:		RUA JACANÃ, 993, JARDIM PRIMAVERA					
RG:		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		CNH		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
				Profissão:		ESTUDANTE	

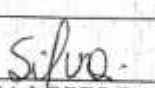
DANOS MATERIAIS

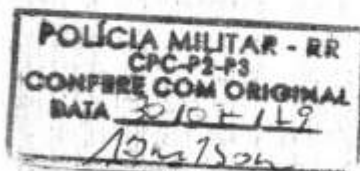
- V1: MOTOCICLETA HONDA/CG FAN 125, COR PRETA, PLACA NAM0945: DANOS NA PARTE FRONTAL DA MOTOCICLETA E TANQUE.
- MOTOCICLETA ENTREGUE AO SENHOR ADEMIR FERREIRA DE LIMA, CAT AB, REGISTRO 01668319604, CGM – Inspetor de área;
- V2: AUTOMOVELO FORD/KA FLEX, COR VERMELHA, PLACA NOR7868: DANOS NA PARTE LATERAL DIANTEIRA DO LADO DO PASSAGEIRO NA LATARIA E RODA.
- AUTOMOVELO ENTREGUE AO SENHOR DHEYVIDY SILVA CARDOSO, CAT AB, REGISTRO 06003715821, FUNCIONARIO PUBLICO;

ASSINATURA		CARGO	APL	LOCAL	3ª DPD
Senhor(a) Delegado(a),		HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA			

Fomos acionados via CIOPS para averiguar ocorrência de acidente de trânsito no endereço acima citado. Chegando ao local os Senhores Alex dos Santos Pereira e Jamilly da Silva haviam sido socorridos pelo Samu e a Senhora Valdenilda Simões Laurindo estava muito nervosa e não conseguiu informar ao certo o que aconteceu. Populares nos informaram que a senhora Valdenilda Simões Laurindo estava conduzindo seu carro (FORD/KA FLEX, COR VERMELHA, PLACA NOR7868) pela Avenida Dom Aparecido José Dias, sentido bairro-centro, quando ao fazer a conversão para a esquerda para entrar na rua R, não percebeu que o senhor Alex dos Santos Pereira conduzia a motocicleta (HONDA/CG FAN 125, COR PRETA, PLACA NAM0945) na mesma avenida mais no sentido oposto (sentido centro-bairro) ocasionando a colisão. Como o local foi violado não foi acionado a perícia. Ambos os condutores não possuem habilitação. O carro estava com a documentação em dias, a motocicleta com documentação em atraso, não sendo possível recolher ao pátio do DETRAN por falta de meios e foi entregue a familiares.

Era o que tinha a relatar.

	40.861-1	CB PM	1º BPM/CPC
ANA PATRÍCIA LOPES DA SILVA	CADASTRO	POSTO/GRAD.	SUOp



Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023

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

2 - Nº do sinistro ou ASE: 3 - CPF da vítima: 004.007.762-43 4 - Nome completo da vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E JORNADA DE TRABALHO MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA) / INTERESSADO / REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUPRE Nº 435/2017

5 - Nome completo: ALEX DOS SANTOS PEREIRA 6 - CPF: 004.007.762-43

7 - Profissão: TÉCNICO REFRIGERAÇÃO 8 - Endereço: RUA JAQUANA 9 - Número: 993 10 - Complemento:

11 - Bairro: JARDIM PRIMAVERA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-182

15 - E-mail: confiancaest@hotmail.com 16 - Telefone: (95) 99118-1200

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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ R\$1.000,00 OU MENOS ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - TIPO DE BANCÁRIO: ☒ BENEFICÍARIO DA PENSIÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA PENSIÃO (CURADOR TUTOR)

☒ CONTA POLÍMICA (somente para os bancos abaixo listados, uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (todas as opções)

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

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 0031811 4 AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador) (Informe o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo a dívida, desde já e somente após a efetuação do crédito, quitação total do valor devido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que não estou filiado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

• 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.

Suficiente e comprovante da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para invalidez permanente, com base na documentação médica encaminhada sem a apresentação do laudo do IML, concorrente, desde já, com um subscritor à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito causada por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia comunicação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÔNICO INTERESSADO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Se vítima: ☐ Sim ☐ Não 24 - Se vítima: ☐ Sim ☐ Não 25 - Se vítima: ☐ Sim ☐ Não 26 - Se vítima: ☐ Sim ☐ Não

27 - Se vítima: ☐ Sim ☐ Não 28 - Se vítima: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se vítima: ☐ Sim ☐ Não 30 - Se vítima: ☐ Sim ☐ Não

31 - Se vítima: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se vítima: ☐ Sim ☐ Não 33 - Se vítima: ☐ Sim ☐ Não 34 - Se vítima: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER, após a análise, a indenização do Seguro DPVAT (por morte) às vezes beneficia-se ou se apresenta e aprova em 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 legítimo de quem assina o pedido (a rúbrica) 36 - CPF legítimo de quem assina o pedido (a rúbrica) 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rúbrica)

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

40 - Local e data, BOA VISTA - RR, 21 de novembro de 2017

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 45 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 46 - Assinatura do Procurador (se houver)

47 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 48 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 49 - Assinatura do Procurador (se houver)

50 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 51 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 52 - Assinatura do Procurador (se houver)

53 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 54 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 55 - Assinatura do Procurador (se houver)

56 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 57 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 58 - Assinatura do Procurador (se houver)

59 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 60 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 61 - Assinatura do Procurador (se houver)

62 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 63 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 64 - Assinatura do Procurador (se houver)

65 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 66 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 67 - Assinatura do Procurador (se houver)

68 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 69 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 70 - Assinatura do Procurador (se houver)

71 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 72 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 73 - Assinatura do Procurador (se houver)

74 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 75 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 76 - Assinatura do Procurador (se houver)

77 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 78 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 79 - Assinatura do Procurador (se houver)

80 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 81 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 82 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEX DOS SANTOS PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000031511-4

Nr. da Autenticação 94241274F4DE8FFF



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 368/13

Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0039289-8

Nº da Nota Fiscal 003269421

A Tarefa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUN/2019	21/08/2019	329	289,21

JALIA DA SILVA SANTOS
JACANA 993 JARDIM PRIMAVERA
PF: 00044736886234
P: 69.314-182 - BOA VISTA

ROT: 11.001.19.02.081600

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	26823	Atual:	18/07/2019
Anterior:	26494	Anterior:	17/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	18/08/2019
Consumo Medido:	329	Emissão:	17/07/2019
Consumo Faturado:	329	Apresentação:	18/07/2019
	FCAH		
NORMAL		31	

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
SID.BX.RENDA MONO		F2722273 N	1511204	1.4.1.1	614

HISTÓRICO kWh	CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo		
UN/19 272	30 A R\$ 0,262144 =	7,86
AI/19 317	70 A R\$ 0,449385 =	31,45
BR/19 296	120 A R\$ 0,674084 =	80,89
AR/19 615	109 A R\$ 0,748975 =	81,63
EV/19 587	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	49,72
AN/19 729	CORR MONETARIA TCD (IG 20/24	7,20
EZ/18 721	PARCELAMENTO DE DÉBITO 20/24	54,65
OV/18 796	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	25,53
UT/18 824		
ET/18 735		
WIFA SEM TRIBUTOS:		
A 50 - 0,217200		
A 100 - 0,434400		
A 150 - 0,651600		
A 200 - 0,868800		
A 250 - 1,086000		
A 300 - 1,303200		
A 329 - 0,868800		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

25/Ano
7/2019
Valor R\$
279,96

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/08/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá acarretar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda existirem contas vencidas e a reavaliação do valor de R\$ 0,140,51 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

QUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCAL F2F.3E52.9866.9694.FE80.89F4.F7E4.897B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	51,85	Base de Cálculo:	201,83
Energia:	109,96	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	34,31
Encargos:	5,71	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	34,31	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
5,92 15,00 1,02

FLORESTA

OT: 11.001.19.02.081600



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)

SEU CÓDIGO
0039289-8

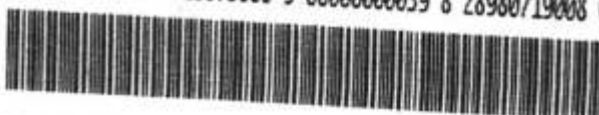
MES FATURADO
07/2019

Nº da Nota Fiscal 003269421 FCAH

TOTAL A PAGAR - R\$
289,21

VENCIMENTO
21/08/2019

83650000002 8 89210075000 9 000000000039 8 28980719008 6



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Saúde
Hospital Geral de Roraima - SAMU / REFL
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3708

Classificação de Atendimento
Verbo
Linha
Amarelo
Verde
Azul
Amarelo
Verde
Azul

Classificação de Atendimento
Verbo
Linha
Amarelo
Verde
Azul
Amarelo
Verde
Azul

Classificação de Atendimento
Verbo
Linha
Amarelo
Verde
Azul
Amarelo
Verde
Azul

DIURNO 07-18 27

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente: ALEX DOS SANTOS PEREIRA
Data Nascimento: 26/01/1988 Idade: 29 A 9 M 3 D
CNS: 898003286602576 CPT: 00400778243
Naturalidade: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: ADALIA DA SILVA SANTOS
Endereço: RUA - JACANA - 893 - JARDIM PRIMAVERA - BOA VISTA - RR
Profissão: SOLTEIRO/SEM INFORMAÇÃO
Cartão: (95) 98136-0077
Ocupação: NÃO INFORMADA
Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Motivo da Atendimento: ACIDENTE DE MOTO
Queixa Principal: GRANDE TRAUMA
Sintomas: ☒ Síndrome Fobril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Acidente automobilístico (com o carro)

Anamnese de Enfermagem
GSC: AD 1234567890 TOTAL: 1234567890

Alimentar: (HORA DA CONSULTA: 14h)
Paciente vítima de acidente automobilístico (com o carro) em movimento. Repete dor no peito, dor no braço.

Exame Físico: RR, Bg, A.A.A., normotensão, hipoventilação, com estímulos em membros.
Sinais: ☒ Sinais

Hipótese Diagnóstica

ADT - Exames Complementares

☒ RAO-X ☐ ULTRAVOM ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECO ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

1) Repouso 14 (14)
2) Analgésico 14 (14)
3) Paracetamol 14 (14)
4) 14 (14)
5) 14 (14)
6) 14 (14)
7) 14 (14)
8) 14 (14)
9) 14 (14)
10) 14 (14)
11) 14 (14)
12) 14 (14)
13) 14 (14)
14) 14 (14)
15) 14 (14)
16) 14 (14)
17) 14 (14)
18) 14 (14)
19) 14 (14)
20) 14 (14)

Avaliação de Risco

1) 14 (14)
2) 14 (14)
3) 14 (14)
4) 14 (14)
5) 14 (14)
6) 14 (14)
7) 14 (14)
8) 14 (14)
9) 14 (14)
10) 14 (14)
11) 14 (14)
12) 14 (14)
13) 14 (14)
14) 14 (14)
15) 14 (14)
16) 14 (14)
17) 14 (14)
18) 14 (14)
19) 14 (14)
20) 14 (14)

Condição

1) Alta por Desfecho Médico
2) Alta a Pedido
3) Alta a Realização
4) Transferência para

1) Alta por Desfecho Médico
2) Alta a Pedido
3) Alta a Realização
4) Transferência para

1) Alta por Desfecho Médico
2) Alta a Pedido
3) Alta a Realização
4) Transferência para

1) Alta por Desfecho Médico
2) Alta a Pedido
3) Alta a Realização
4) Transferência para

1) Alta por Desfecho Médico
2) Alta a Pedido
3) Alta a Realização
4) Transferência para

1) Alta por Desfecho Médico
2) Alta a Pedido
3) Alta a Realização
4) Transferência para

1) Alta por Desfecho Médico
2) Alta a Pedido
3) Alta a Realização
4) Transferência para

1) Alta por Desfecho Médico
2) Alta a Pedido
3) Alta a Realização
4) Transferência para

1) Alta por Desfecho Médico
2) Alta a Pedido
3) Alta a Realização
4) Transferência para

1) Alta por Desfecho Médico
2) Alta a Pedido
3) Alta a Realização
4) Transferência para

Impressão por: Leilson Sousa
Data Hora: 28/08/2019 16:02:13

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Leilson Sousa
Ocupação: Médico
Data e Hora da Saida/Nota:



15/08/2019

BLOCO A A-14-12/07/2019

1. 300 PARA 3.510. JAGAR DE MONITORAMENTO
DE INTERNAÇÃO DE CUSTALAR.

Alfred J. Carter, President

67443

2.6 05 1983

Adrian der Große

Paciente com fratura de polve em ~~fech~~^{livre} aberto - após acidente de motocicleta

AS AS Prima

Polo x, Teneq-zapio e etene l'isico

Frontiers de l'écologie des lacs et des rivières

Philippe de Gaulle

Patience

Patrick Robert José
Onepedra, 1915, in the south
FRANCIS 2014, 2015, 2016

0408040254
5324
✓299

Aloiz dos Santos Pereira

RGL 10/01/2010

Data 29/06/19

INDICAÇÃO PR. OPERATÓRIO: Fratura da patela em linha aberta

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Fixação externa

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ADJUVANTES

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

CIRURGIÃO: DR. PATRICK

1º AUXILIAR: Dr. Augusto

2º AUXILIAR: Rubêlo 3º NVO (Anestesiologista) INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR: MAX - 3º NVO (Anestesiologista) ANESTESIA:

ANESTESISTAS: ANESTÉSICO:

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DDM sob sedação profunda
- 2) Hemograma e Anticoagulante.
- 3) Colocação de Campos estéreis
- 4) Colocação da Fixação externa ilíaca com redução da fratura
- 5) Colocação da Fixação externa ilíaca com redução da fratura
- 6) Lavagem profunda com solução de Jorgensen
- 7) Lavagem
- 8) AORPA

Patrick Rubêlo José
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.130.000-0

Dr. Orientação
Dr. PATRICK
29/06/19

Dr. Augusto Cesar
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.130.000-0



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

102-1

Local: 010428 Código: P08 1209
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSÉA
SARTORI - LINEA FPMOLAR T
360 ISIRRI
End: 04/01/2019 Val: 11/2024
Registro Anvisa Nº 80083650431
Material ACO INOX ALUMINIO

End: 009508 Código: AF25 6 690
PINO INTRAMEDULAR OSSÉO R
X C X 4,5 X 20 X T
End: 12/12/2015 Val: 12/2018
Registro Anvisa Nº 80083650431
Material ACO INOX FLUX

End: Guilherme Sartori & Cia Ltda - RPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP
Tel: +55 19 3538-1918 Info@guilhermesartori.br

End: Guilherme Sartori & Cia Ltda - RPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP
Tel: +55 19 3538-1918 Info@guilhermesartori.br

NOME DO PACIENTE	Nº DO LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
			23 / 06 / 19

Alux dos Santos Pereira	CHURRIA
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO
Tratamento cirúrgico de fôvea aberta	INICIO 20:40 FIM 21:20 TEMPO TOTAL

EQUIPE MÉDICA	
ANESTESISTA: Antonio	RES ANESTESIA: Carlos (R)
INSTRUMENTADOR	
CIRCUITÃO	
1ª AUXILIAR	
2ª AUXILIAR	
TIPO DE ANESTESIA: Regional	CIRCUITANT: Elizabeth Maria e Willey

QUANT.	MATERIAL	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
☐	POTS COMPRESSAS C/OS UNID.		☐	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500 ml
☒	PACOTES GAZO			FRASCOS- SORO RINGO LACTADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO Glicosado	
☒	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
☒	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
☒	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☒	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
☒	LÂMINA BISTURI Nº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENSO Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGITO Citadina 20 cm	
	SERINGA 03ML			GERA P/ OSSO Orquídea / Frangul 26	
	SERINGA 05 ML			KIT EXAMINAÇÃO Cateter P/ O2	
	SERINGA 10ML			CELEBRAN + opio 100-500 ml	
	SERINGA 20ML			ELA CARBONADA Cloroxidina 100-400	
	Elutecidion			OL-PROSE Alcool 70-100 ml	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VALOR POR RESPONSÁVEL		DESLAR E A C/DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Gab. dos S.			
	Carlos J.	SUB-TOTAL		
FUNCIONÁRIO(CALCULOS)	CIRCUITANTE DO SALA	TAXA DE SALA		
	Elizabeth Maria	TAXA DE ANESTESIA		
	Willey	SOMA		
ENVIE ESSE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

ASSISTENTE DE ENFERMAGEM

Nome: Eda dos Santos Pereira
Residência: Av. Rio de Janeiro, 100

ÁREA DA INSCRIÇÃO

Atividade: Anestesiologia

ÁREA DO PACIENTE: SAÚDE DA BARRA
ORIENTADOR

DATA DE INSCRIÇÃO: 10/05/2010

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Qual o nome que todos os membros da equipe se referem ao paciente no momento? Walter

Qual o nome, a identificação e o endereço com o qual você se comunica?

- ☒ Não se aplica
☐ Não se aplica
☐ Não se aplica

PLANO DE CUIDADOS PREVENTIVOS

☒ Não se aplica
Quais são os cuidados preventivos que você realiza com o paciente?

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

Qual o nome do equipamento utilizado para a realização dos procedimentos preventivos?

☒ Não se aplica

Qual o nome do equipamento utilizado para a realização dos procedimentos preventivos?

☒ Não se aplica

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Qual o nome que todos os membros da equipe se referem ao paciente no momento? Walter

Qual o nome, a identificação e o endereço com o qual você se comunica?

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

Qual o nome do equipamento utilizado para a realização dos procedimentos preventivos?

☒ Não se aplica

Qual o nome do equipamento utilizado para a realização dos procedimentos preventivos?

☒ Não se aplica



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PLÁSTICA
ABRASP - ASSOCIATION OF BRAZILIAN PLASTIC SURGEONS

ASSOCIAÇÃO DE PLÁSTICA

Tratamento

Tratamento Cirurgico de Bico Aberto

em 29/06/2019

CONFIRMADO

Paciente Alex dos Santos Pereira

idade 29 Anos

Sexo: M

Cidade: Foz de Iguaçu - PR

Cirurgião: Wílley e Glizengela

End: 04

Contato: (41) 3011-1111

Materiais Utilizados:

Lixação 350

Médico Responsável

1ª Via - CONTINUAÇÃO DO PACIENTE

2ª Via - CME

Dr. Wílley Roberto José
Plástico e Traumatologia
Linha 1 - 3011-1111

Lote: 810435 Código: F36 2 300
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSA
SARTORI - LINHA 1 - EMUL T
350 - ESTERIL
Validade: 04/01/2019 Validade: 01/2024
Registro Anvisa Nº 8008365001
Material ACO INOX ALUMINIO

Lote: Guilherme Sartori & Cia Ltda - SP
CNPJ: 04.941.623-0001-00 - Rio Claro-SP
Tel: +55 19 3234 1910 info@guilhermesartori.com.br

Lote: 009294 Código: A324 3 600
PINO INTRAMEDULAR OSSA - R
XCX 4.5 X 200 XT

Validade: 12/12/2018 Validade: 12/2023
Registro Anvisa Nº 8008365001
Material ACO INOX FIBRA

Lote: Guilherme Sartori & Cia Ltda - SP
CNPJ: 04.941.623-0001-00 - Rio Claro-SP
Tel: +55 19 3234 1910 info@guilhermesartori.com.br

A-1010



SERVIÇO DE SAÚDE DE SOROCABA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DI

DN

PACIENTE

Victor Antonio Pereira

DIAGNÓSTICO

Fratura do fêmur em nível médio

ALERGIAS

Negativa

FAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

24 anos

LEITO

DATA

28/06/2013

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

DIETA ORAL LIVRE

SND

AMV. SFO 9% 500ml 12h

CEFALOTINA 1G LV 6/6h

Suspensão

SND

PARAL 20mg 12h 2hs

SUSPENSO

OFIROXA 200mg FV 6/6h

AO - 22h

TRAMAL 100mg 100-150mg 12h 2hs VO DE 6/6h SE DOR INTENSA

SND

PLAS 10 mg LV 6/6h (SND)

SND

PAROXETINA 30mg FV 2/24hs

SND

SILFETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 5/5h (SND)

SND

SS 100mg 6/6h

SND

CAPTUPRE 250mg VO SE PAS 160 E/OU PAD 100 MMHg

Rotina

CURATIVO DIÁRIO

SND

Clozapina 400mg FV 9h e 21h VO 12/12

Rotina

Clozapina 400mg SC 1 vez por dia

16h

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), MONITORAR ESQUEMA: 200-250, 251-300, 301-350, 351-400, 401-450, 451-500, 501-550, 551-600, 601-650, 651-700, 701-750, 751-800, 801-850, 851-900, 901-950, 951-1000, 1001-1100, 1101-1200, 1201-1300, 1301-1400, 1401-1500, 1501-1600, 1601-1700, 1701-1800, 1801-1900, 1901-2000, 2001-2100, 2101-2200, 2201-2300, 2301-2400, 2401-2500, 2501-2600, 2601-2700, 2701-2800, 2801-2900, 2901-3000, 3001-3100, 3101-3200, 3201-3300, 3301-3400, 3401-3500, 3501-3600, 3601-3700, 3701-3800, 3801-3900, 3901-4000, 4001-4100, 4101-4200, 4201-4300, 4301-4400, 4401-4500, 4501-4600, 4601-4700, 4701-4800, 4801-4900, 4901-5000, 5001-5100, 5101-5200, 5201-5300, 5301-5400, 5401-5500, 5501-5600, 5601-5700, 5701-5800, 5801-5900, 5901-6000, 6001-6100, 6101-6200, 6201-6300, 6301-6400, 6401-6500, 6501-6600, 6601-6700, 6701-6800, 6801-6900, 6901-7000, 7001-7100, 7101-7200, 7201-7300, 7301-7400, 7401-7500, 7501-7600, 7601-7700, 7701-7800, 7801-7900, 7901-8000, 8001-8100, 8101-8200, 8201-8300, 8301-8400, 8401-8500, 8501-8600, 8601-8700, 8701-8800, 8801-8900, 8901-9000, 9001-9100, 9101-9200, 9201-9300, 9301-9400, 9401-9500, 9501-9600, 9601-9700, 9701-9800, 9801-9900, 9901-10000

EVOLUÇÃO MÉDICA:

o bloco para programação cirúrgica

Assinatura do Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia

SINAIS VITAIS

6 H

120x60

75

36°C

12 H

15 H

24 H

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

24:00
PA: 120x60
FC: 78
T: 36°C

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

PACIENTE ALEX DOS SANTOS PEREIRA
AGNOSTH FX Pelve

ALERGIAS

IDADE

HAS

NEGA

DM2

NEGA

ITEM

LEITO

101-1

DATA

30/6/2019

PRESCRIÇÃO

DIÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

SFO, 5% 500ML EV 12/12H

3

CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H

4

TRAMAL 20MG EV 12/12H

5

DIPYRONA 10 EV 6/6H SN

6

TRAMAL 100MG + SFO 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SF DOR M

7

PLASIL 10 mg EV 8/8h (SN)

8

RANITIDINA 50MG EV 8/8H SN

9

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN

10

CAPICPRIL 25MG VO SE PAS+ 180 L/OU PAD+ 110 MMHG

12

CURATIVO DIÁRIO SN

14

SSVV + CCBG 600

15

CLEXANL 40MG SC 1X/DIA

16

17

18

19

20

Terminar teste de 20

Dr. GALVÃO

SF DIABÉTICO CORRIGIDO COM INSULINA REGULAR 400 UN 2019
CONFORME ESQUEMA: 300-250 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-
400: 8UI; 401-450: 10UI; 451-500: 12UI; 501-550: 14UI; 551-600: 16UI;
EV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

BEG. EUPNÓICO, NORMOCORADO E ALBIL
AR: MVT SEM RA
AB: SFM ALTERAÇÕES
MEMBROS COM PULSOS E L RCA PERIUSÃO
SEM QUILIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO
PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPLÉDICA

Dr. Marcos Brainer
Médico
CRM-RR 1917

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	96/54	80		
12 H	107/62	65		35,9
18 H	108/62	68		35,3
24 H	95/69	78		35

Dr. Marcos Brainer
Médico
CRM-RR 1917

Paciente: **Alex dos Santos Pereira** Idade: **30** Sexo: **M** Data: **30-06-19** Hora: **10h**

Local de origem: **FX. BELVE** Motivo da consulta: **DOENÇA CRÔNICA**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

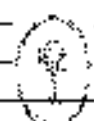
Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**

Exame físico: **Normal** Exames complementares: **Normal**



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



DATA DE ADMISSÃO		D'II		DN	
PACIENTE ALEX DOS SANTOS PEREIRA					
AGNÓSTI FX Pelve					
ALERGIAS		IAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	101-1	DATA	01/07/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA CRAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PE ILÍRICO				Manhã
3	SIF 0.9% 500ML EV 8/8H				08:38:00
4	DIPIRONA 600MG EV 8/8H SA				SN 14:30
5					
6	TRAMA 100MG + SF0.9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR				SN
7	NABUFINA 10 MG 100ML SF 0.9% CASO NÃO TENHA O EFEITO				SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	B.METIDONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8H				
11	CLINDAMICINA 600MG EV O.VO 6/6H				
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
13	OLEXAN 40MG SC 1X DIA				
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 100 E OU PAD > 110 MM/HG				SN
17	SSVV + CCGG 6/6H				
18	CURATIVO D'ARCO				
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA
PNI-750: 2UI; 250: 2UI; 300: 4UI; 350: 5UI; 400: 6UI; 450: 8UI; 500: 10UI
DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DE TADI NO LETO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: DEG. ACUMULADA NA CINTURA, APESAR, FINESS CO.

NORMOCORADO, LINGUADO.

SONDADO:

CONDUTA: MANUTENÇÃO

PROGRAMACÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	112/82		
18 H			
24 H	140/80	87	36.5

12:00h: 140/80, 87, 36.5
SSVV, curativo no dorso

Dr. PHILIPPO DE SOUZA FAUSTO
CRM-RR 7028
Residente de Ortopedia e Traumatologia

C.P.M.
12:00h: 140/80, 87, 36.5
SSVV, curativo no dorso



Unidade de Ensino Superior

Faculdade de Medicina

Versão 05

Elaborada: 02/2013

Atualizada:

Nome

ALEX DOS SANTOS

Matrícula

100-1

Data: 04/07/19

Localização



Curso: **QUADRI**

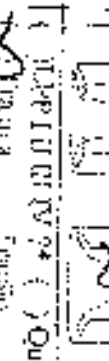


Região: **MID**

Atividade

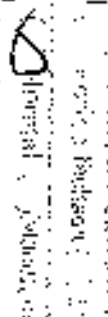


Curso: **QUADRI**

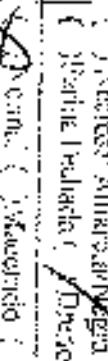


Região: **MID**

Atividade



Curso: **QUADRI**

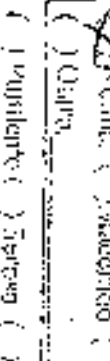


Região: **MID**

Atividade



Curso: **QUADRI**

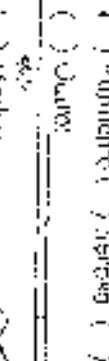


Região: **MID**

Atividade

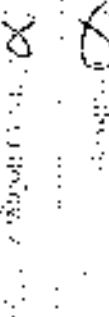


Curso: **QUADRI**

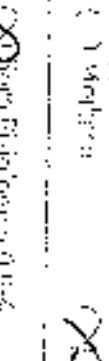


Região: **MID**

Atividade

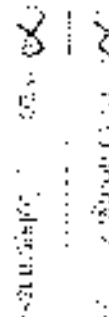


Curso: **QUADRI**

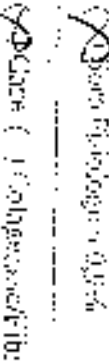


Região: **MID**

Atividade

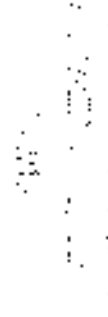


Curso: **QUADRI**

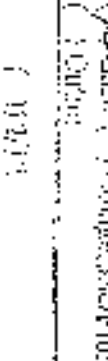


Região: **MID**

Atividade

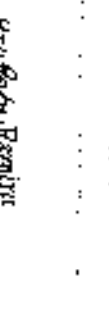


Curso: **QUADRI**

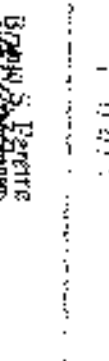


Região: **MID**

Atividade



Curso: **QUADRI**

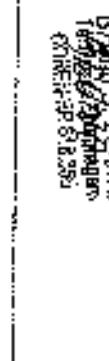


Região: **MID**

Atividade

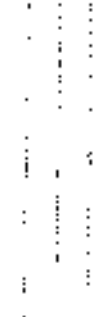


Curso: **QUADRI**



Região: **MID**

Atividade



Curso: **QUADRI**



Região: **MID**



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE **ALEX DOS SANTOS PEREIRA**

AGNOSTICAR **LX SINFISE PUBICA**

ALERGIAS

TIAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

101-1

DATA

02/07/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	SE 0.9% 500ML LV 8/8H	
4	DIPYRONA 600MG LV 8/8H SN	
5		
6	TRAMAL 100MG + SEF 0.9% 100ML FV OU VO DE 8/8H SE DOR	
7	NALBEXINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITE	
8	CMEFRAZOL 40MG LV 1X DIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG LV 8/8H S/N	
10	SIMETONA GOTAS 40 GOTAS VO DL 8/8 h	
11	CLINDAMICINA 600MG LV OU VO 6/8H	
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
13	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SEVV + COGG 8/8 H	
18	CURAT VO DIÁRIO	
19		
20		
21		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA
 200-250 ZUI 750-800 400 300-350 600 350-400 NUI > 400 10 UI E OU GLICOSE > 70
 DIURM, GLICOSE 100 40 ML FV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

ENCONTRO PACIENTE DEBILITADO NO LITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BCS, ANACÉTICO, AMIOTÉRICO, ATEROIL, FURNEIRO,
 NORMOCORADO, HEMATÓIDO.

SORBITADO:

CONDUÇÃO: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

Aguardando Rx

Dr. Dalsen
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 11724

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	12x7	69	16
18 H	12x50	70	17
24 H	130x60	80	35

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO

CRM RR 2018

Residência de Ortopedia e Traumatologia

*Paciente no lito, intacto, com dor
 no punho 550V no gesso*

*18h paciente no lito, medicação conforme prescrição
 médica, sendo 550V, 120/20 e 120/20*

06h - 130x60 7:39 7:36

Edmar
 Teo. de Enfermagem
 COREN RR 901 672

SISTEMA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA - SAE - SAE - SAE

Nome: Letícia F. da Silva Data: 07/07/20 Local: SAE
 Nome Completo: Letícia F. da Silva Idade: 27 Sexo: F
 Endereço: SAE Telefone: SAE

Queixa Principal: SAE História: SAE Sinais vitais: SAE
 Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE

Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE
 Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE

Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE
 Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE

Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE
 Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE

Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE
 Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE

Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE
 Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE

Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE
 Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE

Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE
 Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE

Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE
 Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE

Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE
 Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE

Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE
 Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE

Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE
 Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE

Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE
 Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE

Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE
 Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE

Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE
 Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE

Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE
 Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE

Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE
 Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE

Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE
 Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE

Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE
 Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE

Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE
 Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE

Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE
 Exame físico: SAE Exame de laboratório: SAE



Número de Entregagem em:

Volume:

Versão: 08

Tratamento de Feridas:

Paciente:

HGR

Leito:

101.1

Data:

02/07/2019

Localização



Região: Forehead



Região:

Grav: I () II (X)

Classificação

Grav: I () II (X)

Grav: III () IV ()

Grav: V ()

Grav: VI ()

Grav: VII ()

Grav: VIII ()

Grav: IX ()

Grav: X ()

Apresentação

Necrose Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização

Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros

Outros

Maneja () Microscópio () Jacto () Batimento / Rubor

Outros

Outros () Purulento () Seco () Sanguinolento () Soro

Outros

Outros

Outros () Seco

Outros

Outros

Outros () Seco

Outros

Outros

Outros () Seco

Outros

Outros

Outros () Seco

Outros

Outros

Outros () Seco

Outros

Outros

Outros () Seco

Outros

Outros

Outros () Seco

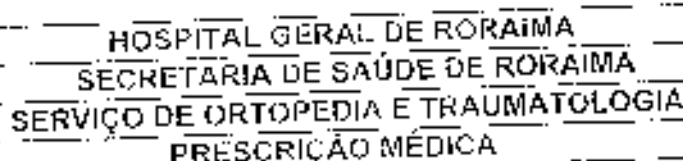
Outros

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

[illegible][illegible]

Características	Prótese	Sim	Não	Tipo	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Riscos de lesão por pressão
☐ Deglutição prejudicada ☐ Risco de infecção ☐ Risco de nutrição desequilibrada ☐ Risco de pressão arterial anormal ☐ Risco de desidratação da pele ☐ Volume de líquidos excretados ☐ Volume de líquidos deficiente	☒ Sim ☐ Não	☐ Sim ☒ Não		☐ Padrão respiratório anormal ☐ Ventilação espontânea prejudicada ☒ Mobilidade física prejudicada ☒ Risco de integridade da pele prejudicada ☐ Risco de anormalidade na temperatura corporal ☐ Risco de sono prejudicado ☐ Risco de autocuidado com higiene	☐ Risco de lesão por pressão ☐ Risco de quedas ☐ Risco de tromboembolia ☒ Intimação urinária prejudicada ☒ Risco de constipação ☐ Comunicação deficiente	

[illegible]



101-L

NEGA
05/07/2019
HORÁRIO
S/N
Maurício
12-10-08
S/N 22
E DORI S/N
-A O TRES S/N
06
S/N
07-8
14-02-08
15-11-08
20-12-08
26
MMEG S/N
Capitão / Prátorio
Operatório
S/N

SE DIABÉTICO CONDIÇÃO COM NÍVEL NA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
 200-250 251-300 301-350 351-400 401-450 451-500 501-550 551-600 601-650 651-700 701-750 751-800 801-850 851-900 901-950 951-1000 1001-1050 1051-1100 1101-1150 1151-1200 1201-1250 1251-1300 1301-1350 1351-1400 1401-1450 1451-1500 1501-1550 1551-1600 1601-1650 1651-1700 1701-1750 1751-1800 1801-1850 1851-1900 1901-1950 1951-2000 2001-2050 2051-2100 2101-2150 2151-2200 2201-2250 2251-2300 2301-2350 2351-2400 2401-2450 2451-2500 2501-2550 2551-2600 2601-2650 2651-2700 2701-2750 2751-2800 2801-2850 2851-2900 2901-2950 2951-3000 3001-3050 3051-3100 3101-3150 3151-3200 3201-3250 3251-3300 3301-3350 3351-3400 3401-3450 3451-3500 3501-3550 3551-3600 3601-3650 3651-3700 3701-3750 3751-3800 3801-3850 3851-3900 3901-3950 3951-4000 4001-4050 4051-4100 4101-4150 4151-4200 4201-4250 4251-4300 4301-4350 4351-4400 4401-4450 4451-4500 4501-4550 4551-4600 4601-4650 4651-4700 4701-4750 4751-4800 4801-4850 4851-4900 4901-4950 4951-5000 5001-5050 5051-5100 5101-5150 5151-5200 5201-5250 5251-5300 5301-5350 5351-5400 5401-5450 5451-5500 5501-5550 5551-5600 5601-5650 5651-5700 5701-5750 5751-5800 5801-5850 5851-5900 5901-5950 5951-6000 6001-6050 6051-6100 6101-6150 6151-6200 6201-6250 6251-6300 6301-6350 6351-6400 6401-6450 6451-6500 6501-6550 6551-6600 6601-6650 6651-6700 6701-6750 6751-6800 6801-6850 6851-6900 6901-6950 6951-7000 7001-7050 7051-7100 7101-7150 7151-7200 7201-7250 7251-7300 7301-7350 7351-7400 7401-7450 7451-7500 7501-7550 7551-7600 7601-7650 7651-7700 7701-7750 7751-7800 7801-7850 7851-7900 7901-7950 7951-8000 8001-8050 8051-8100 8101-8150 8151-8200 8201-8250 8251-8300 8301-8350 8351-8400 8401-8450 8451-8500 8501-8550 8551-8600 8601-8650 8651-8700 8701-8750 8751-8800 8801-8850 8851-8900 8901-8950 8951-9000 9001-9050 9051-9100 9101-9150 9151-9200 9201-9250 9251-9300 9301-9350 9351-9400 9401-9450 9451-9500 9501-9550 9551-9600 9601-9650 9651-9700 9701-9750 9751-9800 9801-9850 9851-9900 9901-9950 9951-10000 10001-10050 10051-10100 10101-10150 10151-10200 10201-10250 10251-10300 10301-10350 10351-10400 10401-10450 10451-10500 10501-10550 10551-10600 10601-10650 10651-10700 10701-10750 10751-10800 10801-10850 10851-10900 10901-10950 10951-11000 11001-11050 11051-11100 11101-11150 11151-11200 11201-11250 11251-11300 11301-11350 11351-11400 11401-11450 11451-11500 11501-11550 11551-11600 11601-11650 11651-11700 11701-11750 11751-11800 11801-11850 11851-11900 11901-11950 11951-12000 12001-12050 12051-12100 12101-12150 12151-12200 12201-12250 12251-12300 12301-12350 12351-12400 12401-12450 12451-12500 12501-12550 12551-12600 12601-12650 12651-12700 12701-12750 12751-12800 12801-12850 12851-12900 12901-12950 12951-13000 13001-13050 13051-13100 13101-13150 13151-13200 13201-13250 13251-13300 13301-13350 13351-13400 13401-13450 13451-13500 13501-13550 13551-13600 13601-13650 13651-13700 13701-13750 13751-13800 13801-13850 13851-13900 13901-13950 13951-14000 14001-14050 14051-14100 14101-14150 14151-14200 14201-14250 14251-14300 14301-14350 14351-14400 14401-14450 14451-14500 14501-14550 14551-14600 14601-14650 14651-14700 14701-14750 14751-14800 14801-14850 14851-14900 14901-14950 14951-15000 15001-15050 15051-15100 15101-15150 15151-15200 15201-15250 15251-15300 15301-15350 15351-15400 15401-15450 15451-15500 15501-15550 15551-15600 15601-15650 15651-15700 15701-15750 15751-15800 15801-15850 15851-15900 15901-15950 15951-16000 16001-16050 16051-16100 16101-16150 16151-16200 16201-16250 16251-16300 16301-16350 16351-16400 16401-16450 16451-16500 16501-16550 16551-16600 16601-16650 16651-16700 16701-16750 16751-16800 16801-16850 16851-16900 16901-16950 16951-17000 17001-17050 17051-17100 17101-17150 17151-17200 17201-17250 17251-17300 17301-17350 17351-17400 17401-17450 17451-17500 17501-17550 17551-17600 17601-17650 17651-17700 17701-17750 17751-17800 17801-17850 17851-17900 17901-17950 17951-18000 18001-18050 18051-18100 18101-18150 18151-18200 18201-18250 18251-18300 18301-18350 18351-18400 18401-18450 18451-18500 18501-18550 18551-18600 18601-18650 18651-18700 18701-18750 18751-18800 18801-18850 18851-1890

EVOLUÇÃO MÉDICA:
 ENCONTRO PACIENTE - DEBILIDADE, FTO. AUMENTADA, CONTATANTE
EXAME FÍSICO - BOCA ADAMANTOSA, SINTOMAS, AFEÇÃO, EUPNEIA.
 NORMOTENSÃO, 110/74, 60/3.

Н. П. ПУШКИН

4/22/2018

1688

SINAI'S VITALS

CH PA

$$\frac{6H}{\dots} + \frac{PA}{\dots}$$

12 H

18 H 94x6

$$\frac{100}{24.4} = \frac{10000}{2440}$$

24 Feb 1953

05/03/2010

[illegible]

1. General Rules

Dr. Dorothea C. F.

உயர்நீதிமன்றம்

5164-RR 2128

Residente de Curitiba e - marcelo@marcelo.org[illegible]

Localização	 <u>Região: quadril</u>	 <u>Região:</u>
Gravidade	<u>Grav: I</u> <u>II</u> <u>III</u>	<u>Grav: I</u> <u>II</u> <u>III</u>
Exatidão	☒ L.P.P. I, II, III, IV ☐ ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma ☐ Tração ☒ Fixador Interno ☐ Ortopedia ☐ Outros	☒ L.P.P. I, II, III, IV ☐ ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma ☐ Tração ☒ Fixador Interno ☐ Ortopedia ☐ Outros
Aspecto da Lesão	☐ Nervosa: Amarela/Neutra ☐ Estase ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada ☐ Drenos/ Sonda ☐ Outros ☒ Normal ☐ Mucoso ☐ Seco ☐ Bêrnia / Rubor	☐ Nervosa: Amarela/Neutra ☐ Estase ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Drenos/ Sonda ☐ Outros ☐ Normal ☐ Mucoso ☐ Seco ☐ Bêrnia / Rubor
Pele Periférica	☐ Úmido ☐ Seco ☐ Puntado ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serososanguíneo ☐ Seco ☐ Outros	☐ Úmido ☐ Seco ☐ Puntado ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serososanguíneo ☐ Seco ☐ Outros
Tipo de Exudato	☐ Úmido ☐ Seco	☐ Úmido ☐ Seco
Quantidade de Exudato	☐ Molhado ☒ Médio ☐ Seco	☐ Molhado ☐ Médio ☐ Seco
Tratamento	☒ Solução fisiológica 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70% ☐ Gaze ☐ Colágeno e fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outros	☐ Solução fisiológica 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70% ☐ Gaze ☐ Colágeno e fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outros
Procedimento	☐ Curativo ☒ Diário ☐ 48/48h	☐ Curativo ☐ Diário ☐ 48/48h
Observações	<u>Alcides Santos</u> <u>05/04/19</u>	<u>Alcides Santos</u> <u>05/04/19</u>

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Alex de S. P. Pereira</i>					
AGNOSTIC					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	101-1	DATA	07-07-19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LÍMFE				<i>SW</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N <i>(6/6h)</i>				<i>SW</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 8/8H				<i>SW</i>
5	OMEPRAZOL 40MG LV 1X/DIA				<i>SW</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>SW</i>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CLORÍDIO. TENHA O ITEM 4				<i>SW</i>
8	SIMETISONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8H				<i>SW</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 3/3H S/N				<i>SW</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>SW</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>SW</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>SW</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>SW</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>SW</i>
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

JE DIABÉTICO CORRIGIDO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
250-250-2UI, 251-300, 4UI; 301-350, 6UI; 351-400, 8UI; 401-450, 10UI E QU GLICOSE > 160
DI INJL GLICOSE 50% 40 ML - V4 AVISAR PLANTONISTIA.

EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITA NO LEITO, AIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BCG, ADIANTADO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO.
NORMOCRADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX; # CONSULTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista Traumatologista
CRP 100.140666

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	90x50	80	16
18 H	100x60	80	16
24 H	100x60	80	16

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ok 10/07/19



Núcleo de Enfermagem em

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2016

Tratamento de Feridas -

Paciente:

HGR

Leito:

103.3

Data: 07/02/19

Alce dos Santos Pereira

Localização	 Região: <u>Perna</u> Grau: I () II ()		 Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	☒ ALPI III IV 3+ () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☒ Trauma: Tração Fixador Interno () ortopedia ☒ Outro:		☐ ALPI I II III IV 3+ () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☐ Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia ☐ Outro:
Aparência do Leito	☒ Nutrise: Amarela/Negra () Estasele () Granulação () Epitelização ☐ Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros:		☐ Necrose: Amarela/Negra () Estasele () Granulação () Epitelização ☐ Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros:
Estado Periférico	☒ Normal () Mucoso () Jacea () Bitema / Rubor ☐ Outro:		☐ Normal () Mucoso () Jacea () Bitema / Rubor ☐ Outro:
Tipo de Exsudato	☐ Purulento () Soro () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco ☐ Outro:		☐ Purulento () Soro () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco ☐ Outro:
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado () Fúido () Seco		☐ Molhado () Fúido () Seco
Odor de Exsudato	☒ Soro fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% ☐ Case () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☐ Outro:		☐ Soro fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% ☐ Case () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☐ Outro:
Cobertura utilizada	☐ Curio () Dito () 48/48h		☐ Curio () Dito () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Enfermeira: <u>Mônica</u> Auxiliar de Enfermagem: <u>Carla</u> LORRANA SILVA		Enfermeira: <u>Carla</u> Auxiliar de Enfermagem: <u>Mônica</u> CARLA SILVA
Observações:	_____ _____ _____		



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DO RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DHI		DN	
PACIENTE ALEX DOS SANTOS PEREIRA					
AGNOSIA LX SINFISE PÚBLICA					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		L - TC	101-1	DATA	08/07/2019
ITEM		PRESCRIÇÃO			FORA DO
1	DELA ORAL LVF				SN
2	ACLESOVENOSO PERIFÉRICO				SN
3	SI 0,9% 500ML EV 6/6H				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6 - SN				SN
5					SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR				SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA EFEITO				SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA				SN
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 3/3 - SN				SN
10	SIMETICONA GOTAS 10 GOTAS VO DE 8/8 h				SN
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				SN
12	CIPROFLOXACINA 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				SN
13	CLEXXAN 400MG SC 1X DIA				SN
14					SN
15					SN
16	CAFIOPRI 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
17	SSVV - 0000 6/6H				SN
18	CURAT VO DIÁRIO				SN
19					SN
20					SN
21					SN

SE DIABÉTICO CORREGA COM INSULINA REGULAR (RI), CONFORME HEMOGLICEMIA.
200-250: 3UI, 251-300: 4UI, 301-350: 5UI, 351-400: 6UI, 401-450: 7UI, 451-500: 8UI, 501-550: 9UI, 551-600: 10UI, 601-650: 11UI, 651-700: 12UI, 701-750: 13UI, 751-800: 14UI, 801-850: 15UI, 851-900: 16UI, 901-950: 17UI, 951-1000: 18UI.
CUMULADA: 1000UI. SE 80% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

REACONTO PACIENTE UNITÁRIO, ATIVO, REATIVO, COM ACQUANTE
EXAME FÍSICO: BOA, ACQUANTE, ANÁLISE DE CO, ACQUANTE, EUPNEIA,
NORMOCORADO, H DENTADO.

USO SINTOMÁTICO:

CONDUZIR MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CUIDADOS

PREVENÇÃO DE ALTA:

Dr. Pedro de Souza Faustino
CRM-RN 2028

SINAIS VITAIS

GR	PA	FC	FR	TEMP
12 H	120/80	75	-	36,2
18 H	120/80	75	-	36,2
24 H	120/80	75	-	36,2
06 H	120/80	75	-	36,2

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTINO

CRM-RN 2028

Residente de Ortopedia e Traumatologia

40ml
300ml

DEFINIZIÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS ANEXOS

Paciente: A		Data: 08/07/19		Leito: 107.1	
Nome Completo: ARLEY DOS SANTOS SILVA		Idade: 36		Sexo: M	
Profissão: professor		Estado Civil: casado		Religião: católico	
Endereço: Rua ...		Cidade: ...		Estado: ...	
Data de Nascimento: ...		Qualificação: ...		Ocupação: ...	
Possui algum parâmetro? sim		Oss: ...		Ocupação: ...	
Dormição: Normal		Alimentação: ...		Estado de saúde: ...	
Sistema Circulatório		Sistema Digestivo		Sistema Urinário	
☒ Coração ☒ Pulsações ☒ Pressão Arterial ☒ Ritmo cardíaco ☒ Auscultação		☒ Digestão ☒ Estado de boca ☒ Estado de dentes ☒ Estado de língua ☒ Estado de garganta		☒ Urina ☒ Estado de urina ☒ Estado de bexiga ☒ Estado de ureteres	
Sistema Respiratório		Sistema Nervoso		Sistema Endócrino	
☒ Respiração ☒ Estado de pulmões ☒ Estado de brônquios ☒ Estado de traqueia		☒ Estado de consciência ☒ Estado de memória ☒ Estado de atenção ☒ Estado de raciocínio		☒ Estado de tireoide ☒ Estado de hipófise ☒ Estado de glândulas	
Sistema Muscular		Sistema Integumentar		Sistema Reprodutivo	
☒ Estado de músculos ☒ Estado de tendões ☒ Estado de articulações		☒ Estado de pele ☒ Estado de cabelo ☒ Estado de unhas		☒ Estado de órgãos reprodutivos ☒ Estado de função reprodutiva	

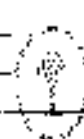
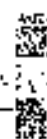
Feito em 08/07/19
Assinado por: *[assinatura]*

fixada externa
de quadril
sem pontos

Mar



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



DATA DE ADMISSÃO		DIF		DN	
PACIENTE ALEX DOS SANTOS PEREIRA					
MONOSTRILX SINIFISE PUBLICA					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	FILIO	39-1	DATA	09/07/2018	
CLIN	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DILTA ORAL LIVRE				SWD
2	ALISSO VENDO 500 FFB 10000				Mantem
3	SF 0,9% 500ML EV 6/6H				12-18-22-06
4	DIPRONA 500MG EV 6/6H SN				SW 22
5					
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO 1L 8/8H SF DOR				SW
7	NAR S. FINA 10 MG + 100ML SF 0,9% CASO NAO TENHA O FFE				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA				06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SW
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8H				NV 22-06
11	CLINDAMICINA 300MG EV OU VO 6/6H				12-18-22-06
12	CIPROFLOXACINO 750MG EV OU 500MG VO 12/12H				18-22-06
13	C. EXANT 40MG SC 1X DIA				16
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 130 L OU PAS > 100 MMHG				SW
17	SSVV + 0000 8/8 H				Mantem
18	CURATIVO DIÁRIO				S-C
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORRESPONDO COM INSULINA REGULAR 150L CONFORME ESQUEMA
300-250. 2UI 25+300 4UI 300-250. 5UI 350-300. 6UI 400-350. 7UI 450-400. 8UI 500-450. 9UI 550-500. 10UI 600-550. 11UI 650-600. 12UI 700-650. 13UI 750-700. 14UI 800-750. 15UI 850-800. 16UI 900-850. 17UI 950-900. 18UI 1000-950. 19UI 1050-1000. 20UI 1100-1050. 21UI 1150-1100. 22UI 1200-1150. 23UI 1250-1200. 24UI 1300-1250. 25UI 1350-1300. 26UI 1400-1350. 27UI 1450-1400. 28UI 1500-1450. 29UI 1550-1500. 30UI 1600-1550. 31UI 1650-1600. 32UI 1700-1650. 33UI 1750-1700. 34UI 1800-1750. 35UI 1850-1800. 36UI 1900-1850. 37UI 1950-1900. 38UI 2000-1950. 39UI 2050-2000. 40UI 2100-2050. 41UI 2150-2100. 42UI 2200-2150. 43UI 2250-2200. 44UI 2300-2250. 45UI 2350-2300. 46UI 2400-2350. 47UI 2450-2400. 48UI 2500-2450. 49UI 2550-2500. 50UI 2600-2550. 51UI 2650-2600. 52UI 2700-2650. 53UI 2750-2700. 54UI 2800-2750. 55UI 2850-2800. 56UI 2900-2850. 57UI 2950-2900. 58UI 3000-2950. 59UI 3050-3000. 60UI 3100-3050. 61UI 3150-3100. 62UI 3200-3150. 63UI 3250-3200. 64UI 3300-3250. 65UI 3350-3300. 66UI 3400-3350. 67UI 3450-3400. 68UI 3500-3450. 69UI 3550-3500. 70UI 3600-3550. 71UI 3650-3600. 72UI 3700-3650. 73UI 3750-3700. 74UI 3800-3750. 75UI 3850-3800. 76UI 3900-3850. 77UI 3950-3900. 78UI 4000-3950. 79UI 4050-4000. 80UI 4100-4050. 81UI 4150-4100. 82UI 4200-4150. 83UI 4250-4200. 84UI 4300-4250. 85UI 4350-4300. 86UI 4400-4350. 87UI 4450-4400. 88UI 4500-4450. 89UI 4550-4500. 90UI 4600-4550. 91UI 4650-4600. 92UI 4700-4650. 93UI 4750-4700. 94UI 4800-4750. 95UI 4850-4800. 96UI 4900-4850. 97UI 4950-4900. 98UI 5000-4950. 99UI 5050-5000. 100UI 5100-5050. 101UI 5150-5100. 102UI 5200-5150. 103UI 5250-5200. 104UI 5300-5250. 105UI 5350-5300. 106UI 5400-5350. 107UI 5450-5400. 108UI 5500-5450. 109UI 5550-5500. 110UI 5600-5550. 111UI 5650-5600. 112UI 5700-5650. 113UI 5750-5700. 114UI 5800-5750. 115UI 5850-5800. 116UI 5900-5850. 117UI 5950-5900. 118UI 6000-5950. 119UI 6050-6000. 120UI 6100-6050. 121UI 6150-6100. 122UI 6200-6150. 123UI 6250-6200. 124UI 6300-6250. 125UI 6350-6300. 126UI 6400-6350. 127UI 6450-6400. 128UI 6500-6450. 129UI 6550-6500. 130UI 6600-6550. 131UI 6650-6600. 132UI 6700-6650. 133UI 6750-6700. 134UI 6800-6750. 135UI 6850-6800. 136UI 6900-6850. 137UI 6950-6900. 138UI 7000-6950. 139UI 7050-7000. 140UI 7100-7050. 141UI 7150-7100. 142UI 7200-7150. 143UI 7250-7200. 144UI 7300-7250. 145UI 7350-7300. 146UI 7400-7350. 147UI 7450-7400. 148UI 7500-7450. 149UI 7550-7500. 150UI 7600-7550. 151UI 7650-7600. 152UI 7700-7650. 153UI 7750-7700. 154UI 7800-7750. 155UI 7850-7800. 156UI 7900-7850. 157UI 7950-7900. 158UI 8000-7950. 159UI 8050-8000. 160UI 8100-8050. 161UI 8150-8100. 162UI 8200-8150. 163UI 8250-8200. 164UI 8300-8250. 165UI 8350-8300. 166UI 8400-8350. 167UI 8450-8400. 168UI 8500-8450. 169UI 8550-8500. 170UI 8600-8550. 171UI 8650-8600. 172UI 8700-8650. 173UI 8750-8700. 174UI 8800-8750. 175UI 8850-8800. 176UI 8900-8850. 177UI 8950-8900. 178UI 9000-8950. 179UI 9050-9000. 180UI 9100-9050. 181UI 9150-9100. 182UI 9200-9150. 183UI 9250-9200. 184UI 9300-9250. 185UI 9350-9300. 186UI 9400-9350. 187UI 9450-9400. 188UI 9500-9450. 189UI 9550-9500. 190UI 9600-9550. 191UI 9650-9600. 192UI 9700-9650. 193UI 9750-9700. 194UI 9800-9750. 195UI 9850-9800. 196UI 9900-9850. 197UI 9950-9900. 200UI 10000-9950.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

- PRONOME DO PACIENTE DE TUDO NO FIC, APÓS DESEJO, CONTATANDO
- EXAME FÍSICO: BOB, ALIADO, ANTERIOR, DEBIL, CLIPRICO,
- NORMOCORADO, 1.5/1.5/1.5
- SÍNDROME:
- CONDIÇÃO: MANTIDA
- PROGNÓSTICO DE CURA:
- PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	110/54	93	—

Dr. PEDRO DE SOUZA LAUSTO

CRM-RR 20075

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Dalgemar Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 20075

06 115/66 70

21h T: 38°C

SUS

Sistema Nacional
União de
Saúde SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

4 - DATA DE NASCIMENTO

5 - NOME DO PAI

6 - ENDEREÇO DO PACIENTE

7 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - COT. 10000000

9 - U

10 - COT

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

11 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS

Sem acidente óbvio e
no rep. p. 17

12 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

C. 10000000

13 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

P. 10000000

14 - NOME DO PACIENTE

15 - GOVERNADOR

16 - COT. 10000000

17 - COT. 10000000

FACILITADOR E LIVRADOR DA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO

P. 10000000

19 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO

20 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO

21 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO

22 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

23 - DATA DA SOLICITAÇÃO

Tessa A. L. L. L.

11/10/2011

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

24 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

25 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

26 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

27 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

28 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

29 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

30 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

31 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

32 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

AUTORIZAÇÃO

36 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

37 - COT. 10000000

38 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

39 - COT. 10000000

40 - COT. 10000000

41 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

42 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

0408040754

5334

V299

17-7



BOLETIM OPERATÓRIO

ALBZ DO SAIOT
PERMAN

Data 01.02.16

O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Procedimento realizado

Altera, altera

Corpo externo, altera 1 fenda

fenda para a cavidade

e altera e fenda entre os pontos

fenda

Condição

Dr. João A. Lopes

CRM 100.000



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Secretaria de Saúde - Superintendência de Assistência à Saúde

HGR - DR. PEDRA Flotora
Quinta-feira - Vespertino
11 / 07 / 2019

FICHA DE ANESTESIA

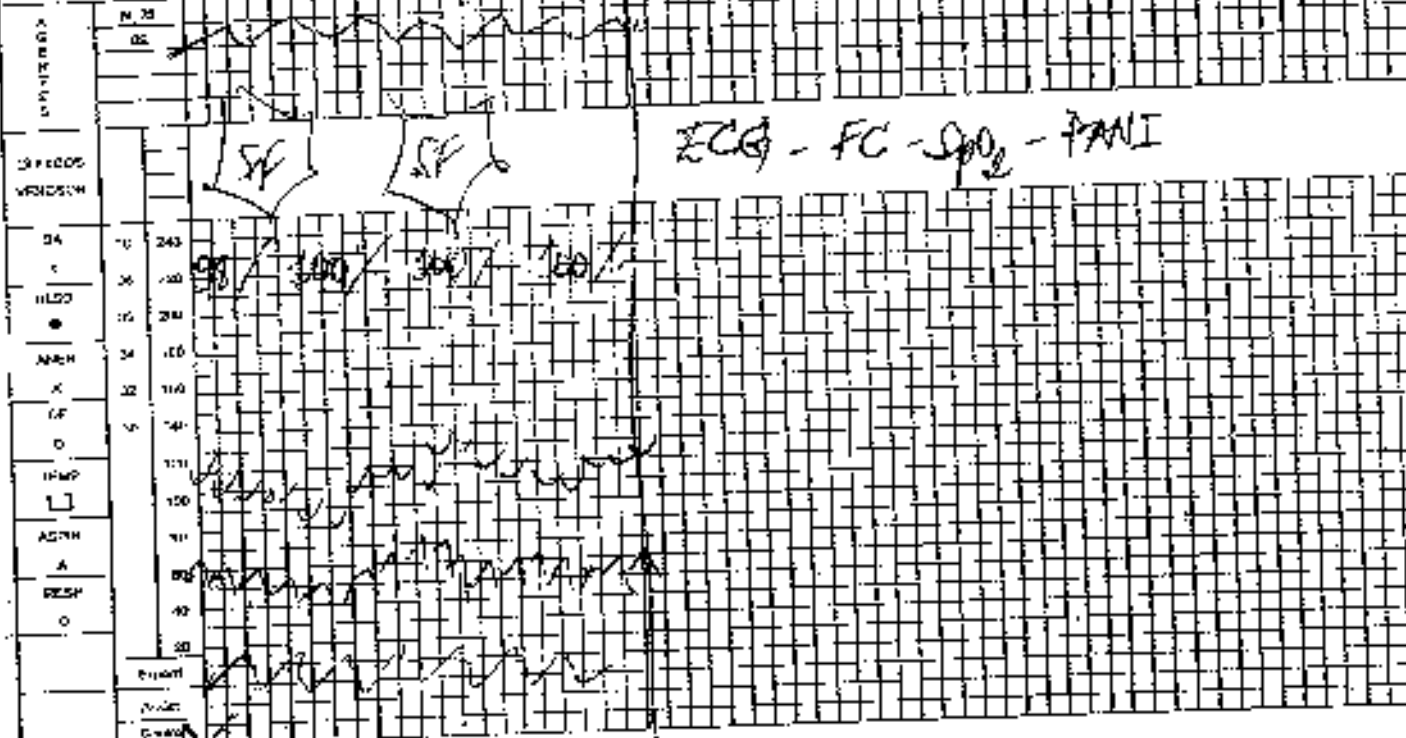
ALEX DOS SANTOS PEREIRA, 29a

Nº ASA - I

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA DOSE - HORA - EFEITO

Ator hanc

15:50



ANESTESIA 1. Tipo de Anestesia: <u>Alm. G. - 0.5%</u> 2. Dose: <u>100 mg</u> 3. Via: <u>IV</u> 4. Efeitos: <u>sedação, relaxamento muscular</u> 5. Complicações: <u>nenhuma</u> 6. Observações: <u>paciente está bem, sem alterações</u>	ANESTESIA 1. Tipo de Anestesia: <u>Alm. G. - 0.5%</u> 2. Dose: <u>100 mg</u> 3. Via: <u>IV</u> 4. Efeitos: <u>sedação, relaxamento muscular</u> 5. Complicações: <u>nenhuma</u> 6. Observações: <u>paciente está bem, sem alterações</u>	ANESTESIA 1. Tipo de Anestesia: <u>Alm. G. - 0.5%</u> 2. Dose: <u>100 mg</u> 3. Via: <u>IV</u> 4. Efeitos: <u>sedação, relaxamento muscular</u> 5. Complicações: <u>nenhuma</u> 6. Observações: <u>paciente está bem, sem alterações</u>
---	---	---

X Monitorização + Check list

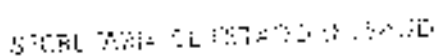
- # Pré-O2: 10L CN;
- # Anestesia lombar 0.5% álcool 100
- # Punção subaracnóidea com primeira técnica descrita ao lado sem acidentes ou intercorrências
- # Bloqueio sensitivo motor até joelhos;
- X 1 dose de RPA, estável.

Assinatura do Anestesiologista: Dr. Edson Soares

Assinatura do Cirurgião: Dr. Carlos Henrique

Assinatura do Anestesiologista: Dr. Edson Soares

EDSON ALAMANDO A. SOARES
Anestesiologista - CRM 120498
RQE 197



ENVIE ESTE FORMULARIO A CONFIDENCIA

REVIEWS 201

ANNE DE JACQUES DESJARDINS
CUM GRADU

[illegible]

HOWARD GARDNER

✓
✓
✓

~~SECRET~~

✓ Don't take a chance if you're not 100% sure

✓ 2000-01-23 02:00 L2580 CRATION AVE 25-3100

✓ James McDaniel (1871-1950)
1871-1950

11/20/2014

Dr. J. A. J. van den Broek

0-1685894-7

Figure 1. The effect of the concentration of the initiator on the polymerization of α -methylstyrene in the presence of SnCl_4 at 50°C .

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 08-27-2019 BY 60322 UCBAW

2013-12-15

Approved: _____ Date: _____

[illegible]

CONFIRMAR QUE TODOS OS REQUISITOS DA
SOLICITAÇÃO APRESENTADA PARA PERÍODO DE
LICITAÇÃO: (X) Sim () Não

CONTEMPORARY VERBALIZATION

del'acqua, niente

EXEMPLOS CRÍTICOS PREVEJATIVOS
PREVENÇÃO DO CIBICRIM:

estimation of the effect of the treatment on the outcome.

[illegible]

25971-17364-2017-03-EN-ETH-MAGDE

estudo também pode não revelar o grau de validade de

Department of Mathematics and Statistics, University of
Ottawa, Ottawa, Ontario K1N 6N5, Canada

2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 2681, 26

Chlorophyll - _____
Oxidation - _____
Catalase - _____

H5:1

ELECTRONIC SUBMISSIONS

— 3 —

Appendix 5: Method 2

DE PROTESTACION EN LA EQUIPE DE DEFENSA Y LA
OCTAVA EQUIPE MEDICA CONTRA LA TALA
DE LOS ARBOLES DEL MONTE ABOGADO.

1- 090916 DO 9402501460000
R023TPA000

7- SEAS CONF AGENTS OF INSURANCE
EMPLOYMENT COMPASSION L 00000

ESTADO CONJUNTAS
() 1880 () 1980 a 2000

1. COORDINADORIA GERAL DE SAÚDE
2. COORDENADORIA DE REESTRUTURAÇÃO

CONJUNTO DE MONTE DO PASCOASTRE
Cidade () Estado () Data ()

SUBJECT: COMMUNICATIONS PROGRAM - RACIAL
PARADE SEP. 28, 1961

0.500

0.400

0.300

0.200

0.100

0.000

0.500

0.400

0.300

0.200

0.100

0.000

COPIES OF THE REPORTS OF THE
COMMISSIONERS OF THE LAND OFFICE
AND THE COMMISSIONERS OF THE
REVENUE AND FINANCE DEPARTMENT

[illegible]

~~CINEMA~~

2021-01-15 15:00



ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE SAÚDE
CADEIA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE BORSAIMA Especialidade: Ortopedia Procedimento Realizado: Fixação Int. de Bacia c/ Fixação Externa
Nome do Paciente: Alise das Santos Pereira Nº do Prontuário: 41.07.19
Bloco: Enfermaria Telor: 1 Nº da Sala: 1 Circulante de Sala: 1

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO

Fixação Externa de 400mm

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Borsaima (X) Empresa: 1 } Dados Adicionais:

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID.	QNTD.	MARCA
<u>01</u>	Lote: 009546 Código: 788 3 200 SINTOMA DE FIXAÇÃO ORTOSA SARTORI - LINEEX EMTUBAÇÃO T-400 - ESTERIL Fab: 09/14/2019 Val: 10/2023 Registro Anvisa Nº 8083850031 Material ACO INDOCALIMINIO Lote: 009546 Código: 788 3 200 SINTOMA DE FIXAÇÃO ORTOSA SARTORI - LINEEX EMTUBAÇÃO T-400 - ESTERIL Fab: 09/14/2019 Val: 10/2023 Registro Anvisa Nº 8083850031 Material ACO INDOCALIMINIO	<u>01</u>		

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. Juss

1º AUXILIAR:

Dr. Carlos Enrique

INSTRUMENTADOR:

PRONTUÁRIO DO PACIENTE
Nº 009546/2019

101-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN					
PACIENTE	ALEX LOPES DO CARVALHO								
AGNOSTIC	12/08/19								
ALERGIAS	HAS NEGA DMZ NEGA								
IDADE	LEITO		DATA		11/08/19				
ITEM	PRESCRIÇÃO								HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE								5:30
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO								5:30
3	SF 0.9% 500ML EV SIN								5:30
4	DIPYRONA 500MG EV 8/8H								5:30
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA								5:30
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA								5:30
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4								5:30
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h								5:30
9	METÓCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SIN								5:30
10	CLINDAMICINA 300MG EV OU VO 8/8H								5:30
11	CIPRÓFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H								5:30
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG								5:30
13	SSVV + CCGG 8/8 H								5:30
14	CURATIVO DIÁRIO								5:30
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									

de 40
radiom
O item
Pacien
refe
algua
intem

DE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA.
200-250 - 2UI, 251-300 - 4UI, 301-350 - 6UI, 351-400 - 8UI, > 400 - 10 UI E QU GLICOSE > 12
DUMI, GLICOSE SÓA 40 ML EV E AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
PREENCHER PACIENTE DEBILITADO NO TRILHO, ATIVO, ACATADO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO - REG. ARTERIAL, ANCI, PULSO, ATEAL, EUFÔNICO
NORMOCORADO, HÍDRATADO
SOLICITANDO: RX: 1 CONDUZIDA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

Paciente sob c.c.
e bom condicoe

Dr. José A. Silva
CRM 14.145

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	100/60	93	20

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Paulo - 2ª hora do c.c.
cas : 38:30 - 100

Obv. pa: 90/55 f: 71 f: 20.2. Drenar Lateral - 100/60 - 20

103-1

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

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____
 PACIENTE **ALEX DOS SANTOS PEREIRA**
 AGNOSTICAR **LX SINFISE PUBICA**
 ALERGIAS _____ TAS **NEGA** DM2 **NEGA**
 IDADE _____ RITO **101-1** DATA **11/07/2019**
 ITEM _____ PRESCRIÇÃO _____ HORARIO _____

1	DIETA GERAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV Q8H	SN
4	DIPRONA 500MG EV BID SA	SN
5		
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR	SU
7	NAI RUI NA 10 MG + 100ML SO 0,9% CASO NAO TENHA O TI	SN
8	OMEPRAZOL 40MG LV 1X DIA	SN
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV BID- SN	SN
10	SIMETICONA 80MG 40 GOLS VO DE 8/8h	SN
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 3/3h	SN
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12h	SN
13	CI EXANE 40MG 80 X DIA	SN
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV 100MG 8/8 H	SN
18	CURATIVO DIARIO	SN
19		
20		
21		

SN
11/07/2019
17:00
SN
SU
SN
06
06
19:21
11/07/2019
18:00
06
06
06

Alex
Dr. Rogério L. F. Dias
Ortopedia e Traumatologia

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (N), CONFORME EQUIVALENCIA:
 70-100 UI 2H; 100-150 UI 3H; 150-200 UI 4H; 200-300 UI 5H; 300-400 UI 6H; 400-500 UI 7H; 500-600 UI 8H; 600-700 UI 9H; 700-800 UI 10H; 800-900 UI 11H; 900-1000 UI 12H.
 10 UI EQ. GLICOSE < 150 MG/DL, GLICOSE > 10% 40ML EV + AMINACICLONITOXIA

- EVOLUÇÃO MÉDICA**
 PRONTO PACIENTE CONTADO NO LEITO ALMO. 4-AT VO, CONTABILIZADO
 EXAME FÍSICO: BPS, AGNOSTICAR ANTERIOR, AFEBIL, QUÍNDICO.
 NORMOCORADO, HIPOTATÓICO.
 # SOLUTIVO
 # CONDUZIR MANUTENÇÃO
 # MONITORAÇÃO DE CIRURGIA
 # PREVENÇÃO DE QUA

Dr. Rogério L. F. Dias
 Médico
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PR 2078

SINAIS VITAIS					Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO	
6 H	PA	FC	FR		CRM-PR 2078	
12 H	99X39	75	19	35,3°C	Presidente de Ortopedia e Traumatologia	
18 H						
24 H						

12:00h. *Alex* SSVV, adm. an med. CPM. *Dr. Rogério L. F. Dias*

103-1

 $\overline{DN}$

12/07/2019

$$\overline{1.02360}$$

567-95-1540

21

94-0510 DF 02-2

$$-\frac{24}{5}H$$

Dr. Albert Einstein to Congress
 House of Representatives
 1955-1956
 1955-1956



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Alex dos Santos Pereira 29 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 29/06/19 COM
DIAGNÓSTICO DE fx. Pé

NO DIA 29/06/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Redução da fx. 4. Pé com fixação externa SENDO
OPERADO PELO DR. Petrick E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 12/07/19 ÀS 10:00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 25/07/19 ÀS 15:00 COM O
DR. Petrick

ORIENTAÇÕES GERAIS:

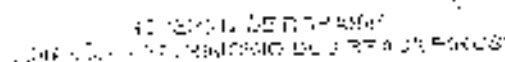
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

BOA VISTA, 12/07/19

Dr. Pedro de S. J. _____
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2078

MÉDICO



00000000_5-3-1998

09:17 - 10:22

Page 1 of 1

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1033-1036.

[illegible]

Conclusions: _____

Carbonium Energy Ltd. — — — — — 4 — —

2017-2018

Σελίδα 2 από 2

[1] <http://www.fishbase.org>

$$Z \equiv Y_{\text{CD}} - \text{CME}$$

Part 4: **Rafael José**
Orange, New York
CPR

Low: 040+25 Code: F85 7 219
SISTEMA DE FIDUCIA ORINA
SARTORI - LINEAFORM 1
350 - 252912
Fabi 0401-2029 Val: 01/2024
Regimen de la N° 800365001
MATERIAL ACID INOXALTYMCO

Eule Guilherme Garret de F. S. R. - F/P
 CNPJ: 14.981.624-0001-08 - Rio Claro, SP
 Tel: +55 19 3536 1310 (Instituto Garret)

LEAD: 000495 100000: AF353 601
PTWC INTRAMURAL LAR OFFER R
N C X 4.5 N 200 XT

Pub. 12/12/2018 Vol. 12/2023
Registra Arriba Nº 8068365026
Material ACO DICC Figs

Telx Dattorneys Surtree & Co.Ltd., FTP
CNTP# 06861.623-0001-00 - Rio Claro SP
Tel: +55 19 3559-1919 info@surtree.lnd.br

51

ALEX DOS SANTOS PEREIRA

9143

HOSPITAL CORONEL MOTA

16/08/2019

50.7%

51

1
D

ALEX DOS SANTOS PEREIRA 9143

HOSPITAL CORONEL MOTA 15/08/2119

52.0%





ALEX DOS SANTOS PEREIRA

10941

HOSPITAL CORONEL MOTA

9/09/2019

3:43:00

20 7 94

D

ALEX DOS SANTOS PEREIRA

9143

HOSPITAL CORONEL MOTA

15/03/2019

30.7 %

1

PCSP GEN. DE NOROCC.

Quesada: EL PASO COUNTY

$$- \frac{1}{2} \mathbf{V}_1^T \cdot \mathbf{m} \mathbf{V}_2$$

2020-10-30



4.

22

WY 258

Not intended for official interpretation.

ALEXIS SANTOS PERERA

C

AI

10/05/2013

00:00:00

0-11 PM

HD 1080i 60FPS

Operator: KRAI/0/00000000

10/05/2013

Zoom: 100%



Not intended for official interpretation.

ALLEN DICK SANTOS PEREIRA

FLOR. A 101 01

7

DACA AP

7/8/2010

10:10 AM

HOSP. GERAL DE MURAMBA

Operative MARS/POC/US/01

10/10/2010

300m 100%



END 000

L 120
W 271

Not intended for official interpretation.

GALEN 0000 SOUTHERN PERIOD

101-0111 A

24

EDGIA 2P

450010

2300 PM

HOOP SERIAL DE FORMULA

Operator: RYAN/NOV/2010

- 24, 11A

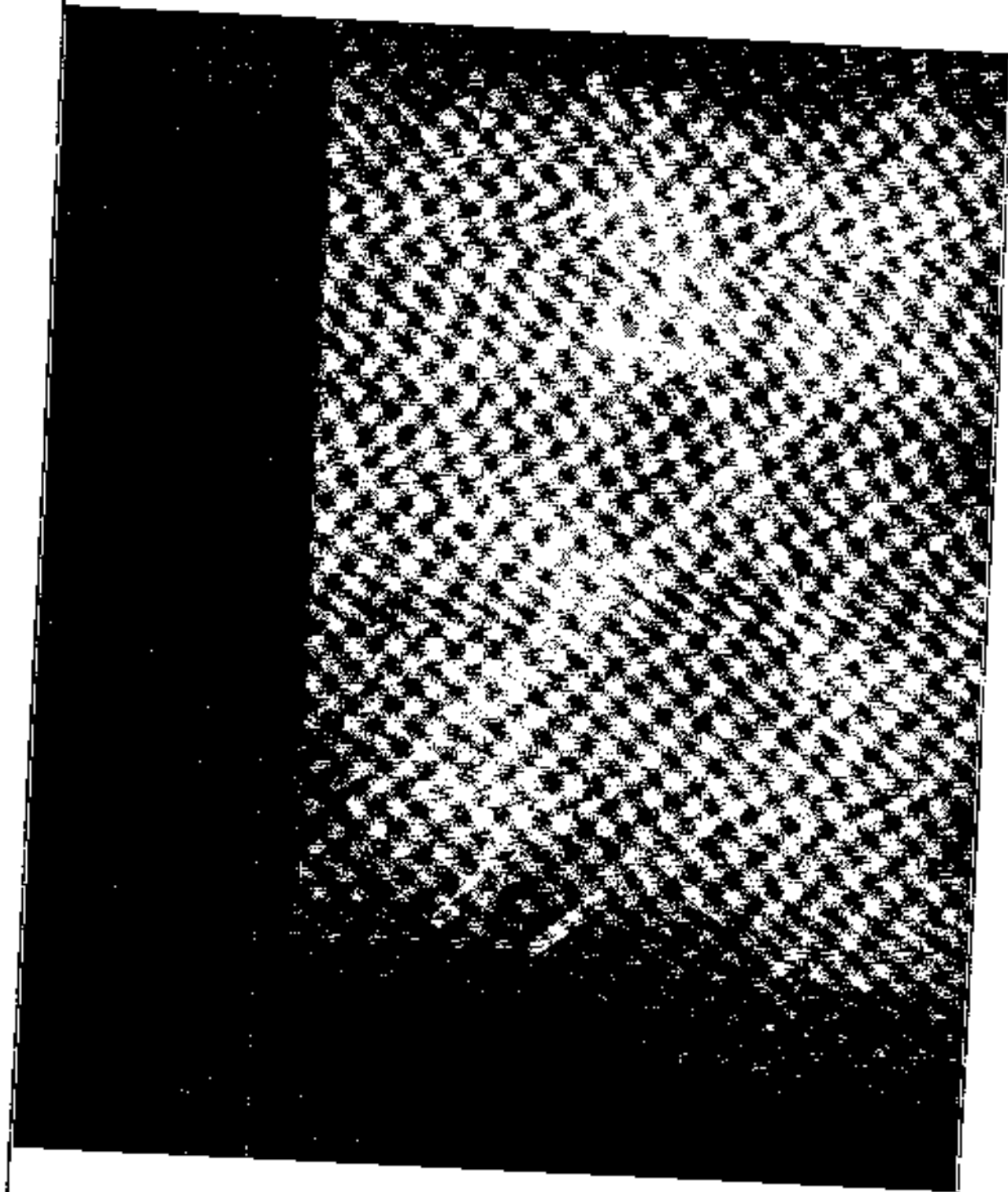
2010/11/24



Not intended for official interpretation.

ALLEN 5000 SATCOM SYSTEM
SCH 01 01.4
M
EACIA AP
750/000
205514M

NOSE GEAR CORPANS
Operator 10000000000000
-KV, -mV
200010000



SD 500

L 100
W 276

Not intended for official interpretation.

ALEX DOS SANTOS PEREIRA

OUT

IN

LOWBAT 2P

00250710

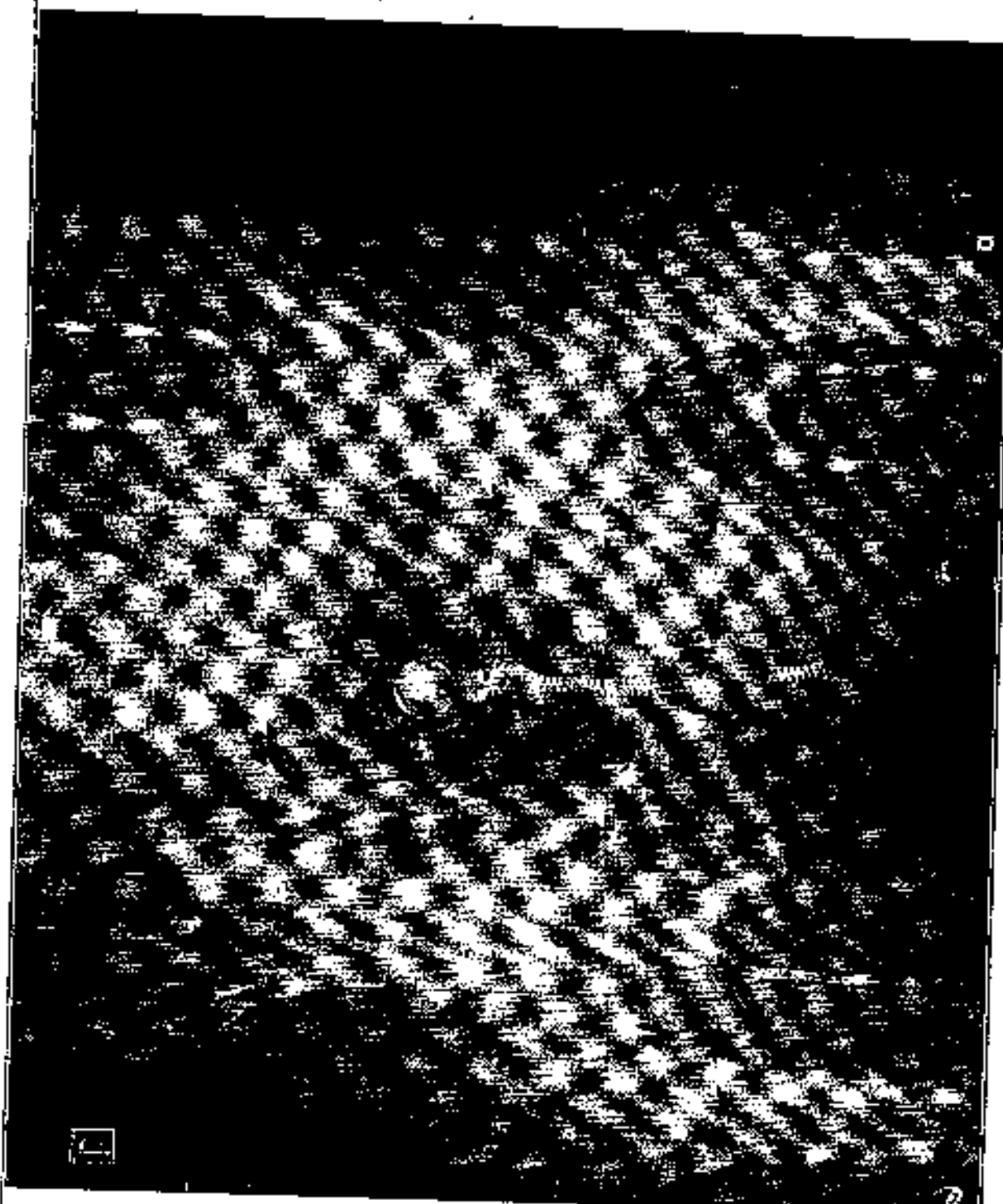
4012 FM

HOSP-0001 DE FORA HA

Operado: HOSP/0001/0001

0001 0001

2000 0001



Not intended for official interpretation.

ALBERTO SANCOS PERERA

CM

AT

LOWEY, AP

RECEIVED

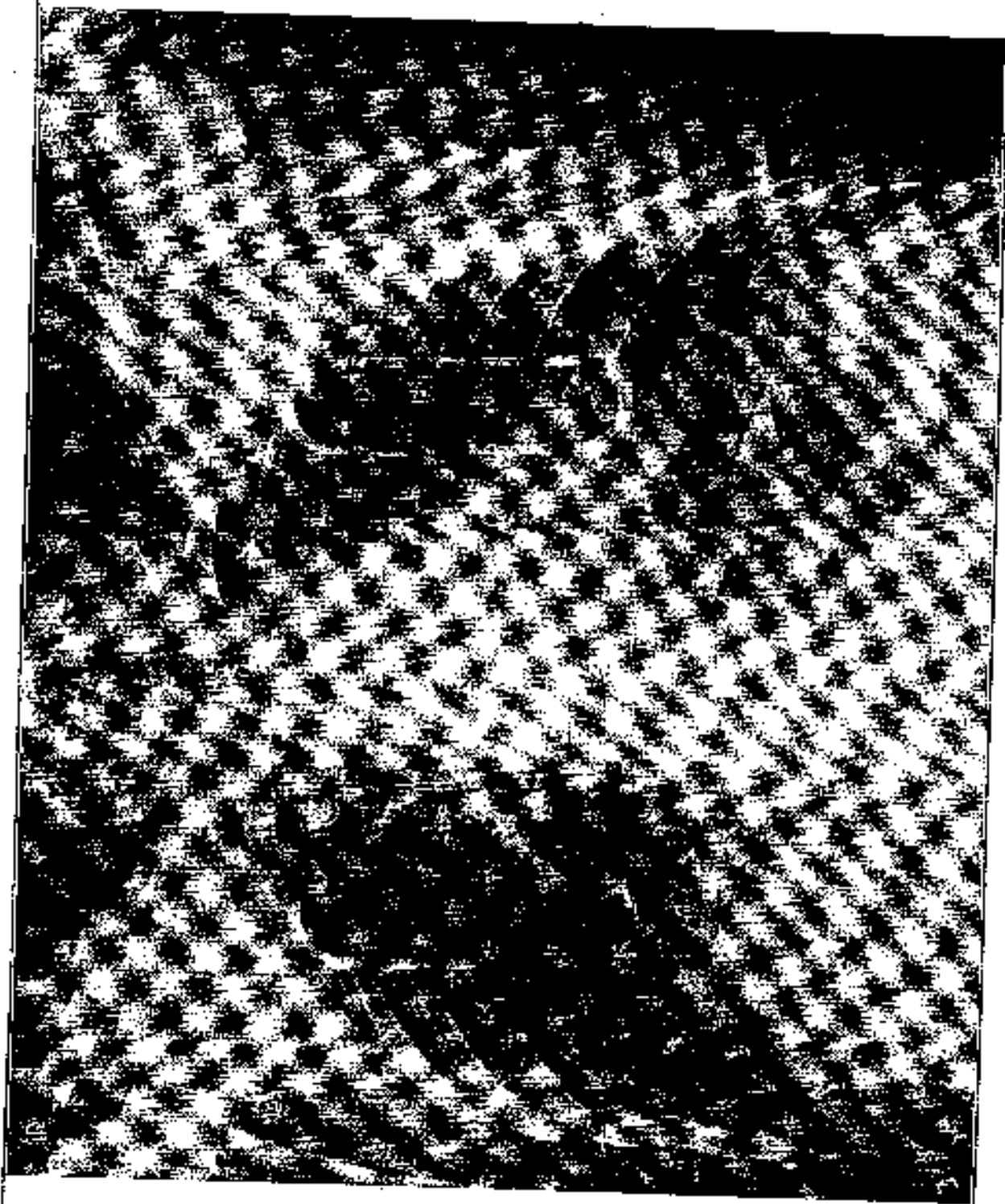
6:00 PM

NO. 5- GEN. DE CORONA

OPINION TO SANCOS PERERA

- 10, - 100

From: 11/10/10



Not intended for official interpretation.

ALEX DOS SANTOS PEREIRA

AT

12

COMISSÃO DE

SEGURANÇA

901-1-100

PROJ. GERAL DE APOIADA

Operação de APOIADA

- 100 - 1000

2000 1000



Not intended for official interpretation.

ALEX 008 SANTOS PETERIA

01

M

LOWBARAP

6220703

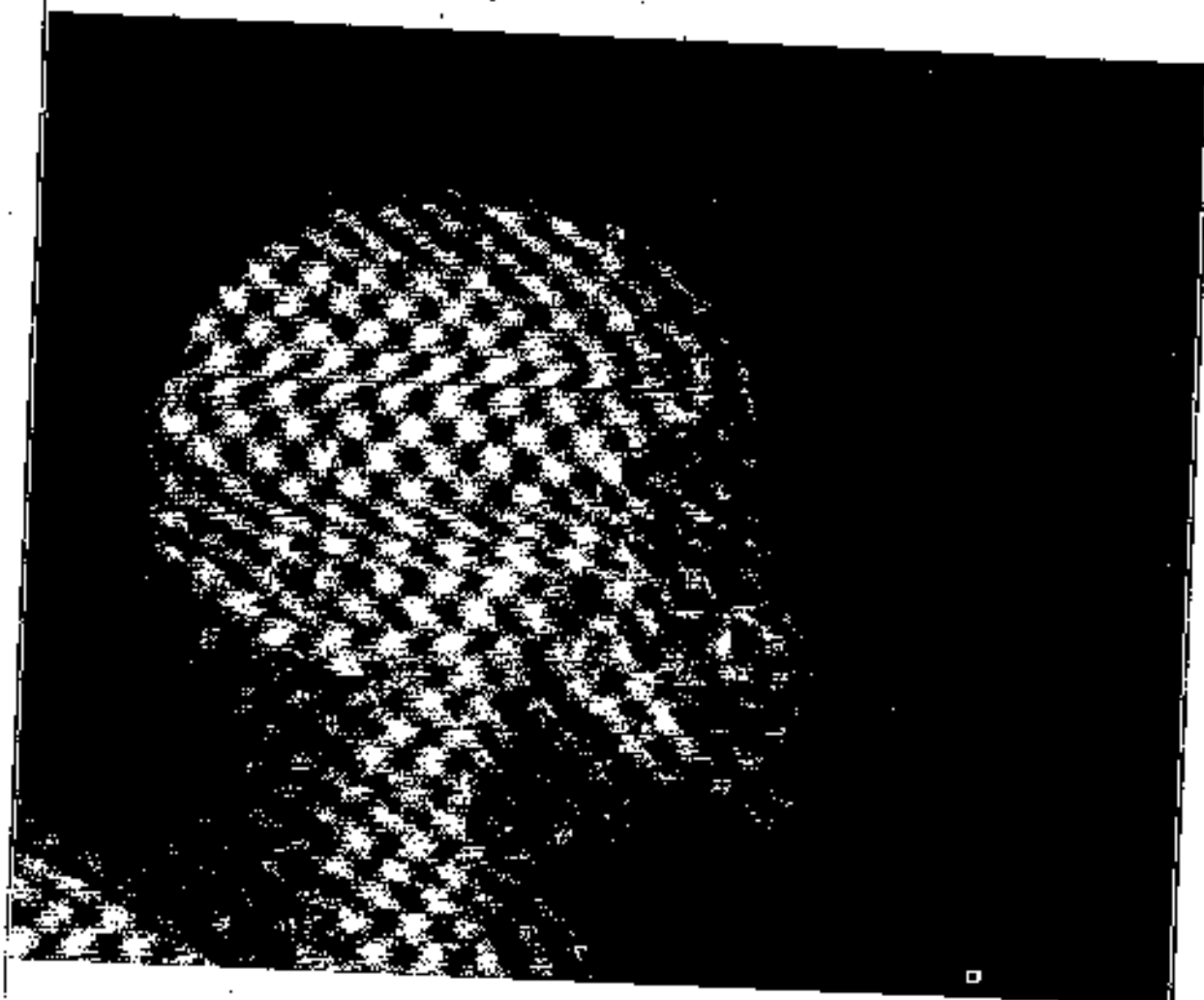
04-111

NOSE SERIAL DEROPARA

Operation HATFIELD 022430

EM - 014

Zoom 1500



Not intended for official interpretation.

ALFONSO SANCOS PEREIRA

011

01

LOWESSA

000000

000000

HOSP GENERAL DE FORTUNA

Operador: FORTUNA 000000

- 100 -

2000 0000



Not intended for official interpretation.

ADJ. LUGS 52-4906-2-REPAIR

၂။

3-24

15 YEAR AP

02:27:09

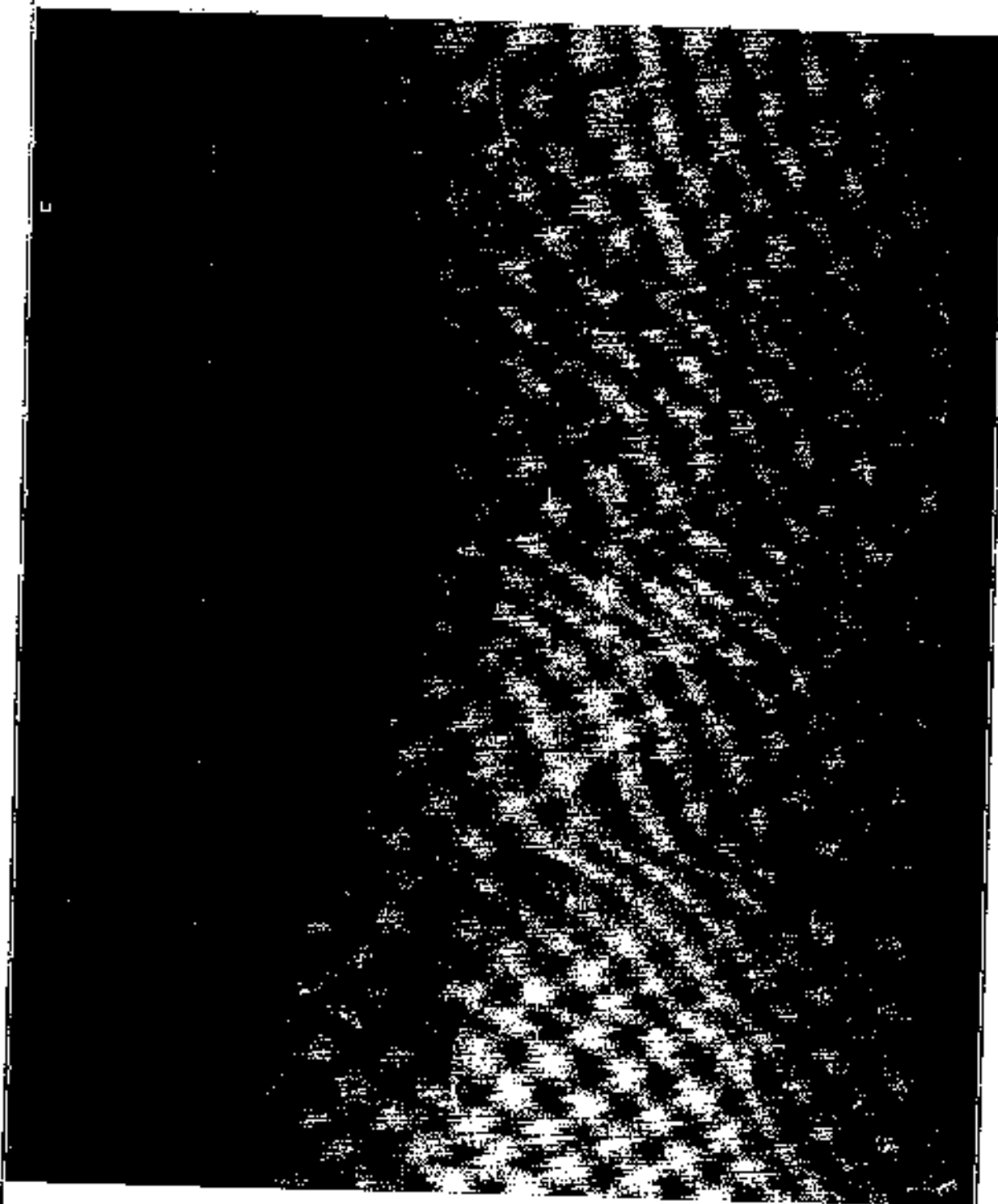
6:15:34

459- 6882, 6883, 6884

1. **General Information:**

43. 44.

2000 2003



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polgar Direito

Alex dos Santos Pereira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 309121-0 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/02/2007

NOME **ALEX DOS SANTOS PEREIRA**

FILIAÇÃO
SEVERINO ANTONIO PEREIRA
ADÁLIA DA SILVA SANTOS

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO
26/09/1989

DOC. ORGEM
CERTO NASC 74.768 FLS 154-V LIV A-108
BOA VISTA - RR

2 VIA

Sorala Azorido Nascimento
Diretora em Exercício do RQC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

CÓDIGO DE CONTROLE
641B.D617.F103.BF89

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 16:43:35 do dia 15/04/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
004.007.762-43

Nome
ALEX DOS SANTOS PEREIRA

Nascimento
26/09/1989

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SUS Sistema Único de Saúde

Cartão Nacional de Saúde

Sistema Único de Saúde

ALEX DOS SANTOS PEREIRA

Data Nasc.: 26/09/1989 Sexo: M

700 9089 6537 6595



DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque-Saúde.

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SUS