

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:  
2787095520200724165653

Processo 0817797-12.2020.8.23.0010 ☆ - (10 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

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9500 por pág.1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08177971220208230010

**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 **ANTONIO ADACIR MURUSSI DE OLIVEIRA JUNIOR**, 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 **06/10/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **08/10/2019**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

#### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

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

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

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

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

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

#### **DO MÉRITO**

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

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

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

---

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

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

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

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

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

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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 ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

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

---

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



Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **06/10/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

### **CONCLUSÃO**

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

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

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

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e 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

---

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

<sup>7</sup>art. 1º. (...)

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

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, 24 de julho de 2020.

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

### **QUESITOS DA RÉ**

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 seqüela 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 seqüelas 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%) | Media (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-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | R\$ 9.450,00  | R\$ 7.087,50  | R\$ 4.725,00 | R\$ 2.362,50 | R\$ 945,00     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos                                                                                                                                                                                                                             |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores                                                                                                                                                                                                                                                  |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés                                                                                                                                                                                                                                                                 | R\$ 6.750,00  | R\$ 5.062,50  | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.687,50 | R\$ 675,00     |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho                                                                                                                                                                                                                |               |               |              |              |                |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar                                                                                                                                                                                                                                      | R\$ 3.375,00  | R\$ 2.531,25  | R\$ 1.687,50 | R\$ 843,75   | R\$ 337,50     |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo                                                                                                                                                                                                                                                       |               |               |              |              |                |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral                                                                                                                                                                                                                                       |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 1.350,00  | R\$ 1.012,50  | R\$ 675,00   | R\$ 337,50   | R\$ 135,00     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé                                                                                                                                                                                                                                                |               |               |              |              |                |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |               |              |              |                |

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/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 **ANTONIO ADACIR MURUSSI DE OLIVEIRA JUNIOR**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08177971220208230010.

Rio de Janeiro, 24 de julho 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





# 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: 000.467.232-04 3 - CPF da vítima: 000.467.232-04 4 - Nome completo da vítima: Antonio Adacir Muxissi de Oliveira

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

5 - Nome completo: Antonio Adacir Muxissi de Oliveira Junior 6 - CPF: 000.467.232-04  
7 - Profissão: Servico Gerenc 8 - Endereço: Rua CC 24 9 - Número: 72 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Louisa Moreira 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.318-115  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 99113-3855

## 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)  
AGÊNCIA: 3906 CONTA: 00013794  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO:  
AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - 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 13 de fevereiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033813/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/10/2019 11:00 Data/Hora Fim: 08/10/2019 11:19  
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 020237 Data: 06/10/2019  
Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 06/10/2019 03:45

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: AV. VILLE ROY

Bairro: Paraviana

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

571: DIREÇÃO PERIGOSA DE VEICULO EM VIA PÚBLICA (Art. 34 da LCP )

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MATEUS DAMASCENO SOARES (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR (AUSENTE), ENVOLVIDO (AUSENTE), VÍTIMA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 11/07/1999

Estado Civil: Sem Informação

Nome da Mãe: Cleudivaní Damasceno

Nome do Pai: Antonio Francisco Soares

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: LEANDRO MARQUES FERREIRA (ENVOLVIDO , VÍTIMA )

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 19

Profissão: Estudante

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4266900

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA TERESINA

Bairro: NOVA CIDADE

Nº: 383

Nome Civil: ANTONIO DE JESUS SOEIRO JUNIOR (ENVOLVIDO )

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA CAMPOS DOS PALMARES

Bairro: AEROPORTO

Nº: 335



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033813/2019-A01

Nome Civil: ANTONIO ADACIR MURUSI DE OLIVEIRA JUNIOR (ENVOLVIDO)

Sexo: Masculino

Idade 19

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 72

Logradouro: RUA CC24

Bairro: CONJUNTO CIDADAO

Nome Civil: WESLEY MACIEL DA SILVA (ENVOLVIDO)

Sexo: Masculino

Idade 19

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 951

Logradouro: RUA S 29

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Nome Civil: ILOIR INACIO DE SOUZA (COMUNICANTE, PROCURADOR)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PR - Catanduvas

Sexo: Masculino

Nasc: 07/04/1978

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Divorciado(a)

Nome da Mãe: Oniria Inacio de Oliveira

Nome do Pai: Jose Souza de Assunção

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 383.051.512-04

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 1832

Logradouro: Rua Antonio Pinheiro Galvão

Bairro: Buritis

Telefone: (95) 98125-9538 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Descrição HONDA/NX-4 FALCON

Placa NDF1390

Número do Motor ND07E-4017350

Ano/Modelo Fabricação 2004/2004

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/NX-4 FALCON

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo NADA CONSTA

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 900.981.612-53

Renavam 00840921039

Número do Chassi 9C2ND07004R017350

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/NX-4 FALCON

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 14/06/2013

Nome Envolvido

Mateus Damasceno Soares

Envolvimentos

Possuidor



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033813/2019-A01

Grupo Veículo

Descrição HONDA/NXR160 BROS ESDD

Placa NAU7915

Número do Motor KD08E1F425730

Ano/Modelo Fabricação 2015/2015

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 241.593.102-06

Renavam 01047833821

Número do Chassi 9C2KD0810FR425730

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 06/05/2015

Nome Envolvido

Leandro Marques Ferreira

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

SEGUNDO RELATO DO ROP PM:

"SENHOR DELEGADO,

INFORMO QUE FOMOS ACIONADOS PELA CIOPS PARA ATENDER UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NO LOCAL ACIMA CITADO, QUE AO CHEGAR NO LOCAL JÁ SE ENCONTRAVAM UMA VTR DA CIPA E DUAS VTRS DO SAMU PRESTANDO OS PRIMEIROS SOCORROS, QUE O ITEM 4 JÁ SE ENCONTRAVA EM ÓBITO, QUE OS DEMAIS ENVOLVIDOS FORAM ENCAMINHADOS AO HGR (ITEM 1 E ITEM 3 EM ESTADO GRAVE), QUE SEGUNDO O ITEM 5 QUE PRESENCIOU O FATO, O ITEM 4 CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA FALCON DE PLACA NDF1390 SEM CAPACETE NA AV VILLE ROY SENTIDO BAIRRO-CENTRO NA CONTRA MÃO DE DIREÇÃO QUANDO COLIDIU DE FRENTE COM O ITEM 1 QUE CONDUZIA A HONDA BROS PLACA NAU7915 QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO CONTRÁRIO TAMBÉM SEM CAPACETE, QUE SEGUNDO POPULARES NO LOCAL ESTAVA OCORRENDO 2 RAXA E MANOBRAS PERIGOSAS, QUE A PERÍCIA ESTEVE NO LOCAL E REALIZOU SEU TRABALHO NA PESSOA DO PERITO CLEIDISON MELO BEM COMO O RABECÃO QUE FOI AO LOCAL REMOVER O CORPO DO ITEM 4, QUE AS MOTOCICLETAS FORAM LIBERADAS PARA OS PARENTES DOS ENVOLVIDOS. NÃO TENDO MAIS NADA A DECLARAR ERA O QUE TINHA A RELATAR."

ANEXO: 01(um) Celular Motorola com 01(uma) Capinha do Item 4.

O COMUNICANTE/PROCURADOR ILOIR COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR NESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA OS DADOS DA VÍTIMA FATAL MATEUS DAMASCENO SOARES, O QUE FOI FEITO ACIMA, ONDE A PROCURAÇÃO FOI OUTORGADA PELO PAI DA VÍTIMA SENHOR ANTONIO FRANCISCO SOARES 9CÓPIA ANEXA). QUE ESSE ADITAMENTO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O ADITAMENTO/ACRÉSCIMO.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo

Agente de Polícia

Matrícula 42000908

Responsável pelo Mandamento

Leandro Marques Ferreira

(Envolvido / Vítima)

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

Delegado de Polícia Civil: Emerson Luiz Freire  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 03/12/2019 08:17  
Protocolo nº: Não disponível







003301566

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

ELIETE ARAUJO DA SILVA  
R. CC 11 294 LAURA MOREIRA  
CPF: 00035469900215  
CEP: 69.318-050 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.01 291200

| DADOS DA LEITURA            |  | kWh   |  | kVArh |      |
|-----------------------------|--|-------|--|-------|------|
| Atual:                      |  | 37543 |  |       |      |
| Anterior:                   |  | 37276 |  |       |      |
| Constante de Multiplicação: |  | 1,000 |  |       |      |
| Consumo Medido:             |  | 267   |  |       |      |
| Consumo Faturado:           |  | 267   |  |       | FCAM |

|        |    |
|--------|----|
| Normal | 32 |
|--------|----|

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |                |         |             |                |
|------------------------------|---------|----------------|---------|-------------|----------------|
| Classe/Subclasse             | Ligação | Número Medidor | Posto   | Código Fat. | Média 12 meses |
| RESIDENCIAL                  | B1      | 11EDB06955 M   | 1471801 | 1-1-1-2     | 235            |

| HISTORICO KWh        |     | DESCRICAO DA CONTA             |        |
|----------------------|-----|--------------------------------|--------|
| Mês/ano consumo      |     |                                |        |
| JUN/19               | 147 | CONSUMO 267 A R\$ 0,764602 =   | 204,14 |
| MAT/19               | 212 | CORRECAO MONETARIA DA 05/19-00 | 0,04   |
| ABR/19               | 239 | CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 | 0,88   |
| MAR/19               | 182 | MULTA POR ATRASO DE I 05/19-00 | 1,56   |
| FEV/19               | 170 | JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00 | 0,29   |
| JAN/19               | 294 | MULTA POR ATRASO 05/19-00      | 3,27   |
| DEZ/18               | 210 | JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00 | 1,85   |
| NOV/18               | 280 | ILUMINACAO PUBLICA             | 25,53  |
| OUT/18               | 292 |                                |        |
| SET/18               | 229 |                                |        |
| TARIFA SEM TRIBUTOS: |     |                                |        |
| O A 267 - 0,634620   |     |                                |        |

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**

Mes/Ano Valor R\$ Valor em Letra  
06/2019 148,63

20

Quanto ao conteúdo desta prestação de serviço, o cliente declara que não possui qualquer reclamação ou dúvida quanto ao conteúdo do trabalho realizado e pagamento, bem como a assinatura deste cliente.

LIGUE 08007019120 E FAÇA O SEU VOTO: 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO DE75.C105.6B3A.03DA.50B9.E3EB.AB69.3F13

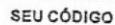
| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |        | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |        |
|---------------------------|--------|-------------------------|--------|
| Distribuição:             | 52,45  | Base de Cálculo:        | 204,14 |
| Energia:                  | 111,22 | Alíquota ICMS:          | 17,00% |
| Transmissão:              | 0,00   | Valor do ICMS:          | 34,70  |
| Encargos:                 | 5,77   | Valor do PIS:           | 0,00   |
| Tributos:                 | 34,70  | Valor do COFINS:        | 0,00   |

## INDICADORES DE CONTINUIDADE

|      |       |       |       |       |       |      |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| 8,85 | 17,70 | 35,40 | 8,46  | 16,92 | 33,84 | 4,82 |
| 6,55 |       |       | 13,00 |       |       | 1,13 |

DISTRITO 05/2019 69-55

ROT: 7.001.28.01.291'00



0070349-4

TOTALA PAGA

23758

MÊS FATURADO

**VENCIMENTO**

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

Nº da Nota Fiscal:

003301566 FCAN

836200000002 1 37560075000 0 000000000/0 3 34940/19408 2



SEQ.: 00182 UC: 0070349-4 DT.LEIT.: 23/07/2019 T.ENTR.: 04

LEITURA: 37543 NORMAL TOTAL: 237,56 CARGA: 015

DT.VENC.: 06/08/2019 IRREG.: 000 COLETOR.: 1231



RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ezequiel, 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  
Registro Especial de Impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 4087689

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.435 de 26 de abril de 2002. FCAM\*

| DATA DE VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|--------------------|---------------|---------------------|
| NOVEMBRO/2019      | 447           | 369,42              |
| 28/12/2019         |               |                     |

SAMMIA MARIA VERAS  
R. CC 24 72 - LAURA MOREIRA  
CEP: 69.318-115 - BOA VISTA  
CPF: 00044643888253

| DADOS DA LEITURA (KWH)            | DATAS DA LEITURA            | DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA  |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Atual: 38224                      | Atual: 22-11-2019           | Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1       |
| Anterior: 37771                   | Anterior: 23-10-2019        | Classe/Subclasse: RESIDENCIAL |
| Dias de consumo: 30               | Próxima leitura: 21-12-2019 | Ligação: MORA                 |
| Constante de Multiplicação: 1,000 | Emissão: 21-11-2019         | Número Medidor: 2704261       |
| Consumo medido: 447               | Apresentação: 22-11-2019    | Forma de Faturamento: h0R000  |
| Consumo Faturado: 447             |                             | Modalidade: N 1411923         |

| CONSUMO            | DESCRIÇÃO DA CONTA   | VALOR  |
|--------------------|----------------------|--------|
| ILUMINACAO PUBLICA | 447 A R\$ 0,770011 = | 344,19 |
|                    |                      | 25,23  |



**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/12/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) contas vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 8.160,37 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$  
09/2019 220,21

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESO. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO - 2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEL N. 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 08007019120 E FAÇA O CHAMADO VENCIMENTO 1 E 11 16 21 26

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |                 | IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$ |               |
|---------------------------|-----------------|------------------------------|---------------|
| Energia: 166,11           | Encargos: 19,54 | Base de Cálculo: 344,19      | ICMS: 17,40%  |
| Distribuição: 01,51       | Tributos: 66,00 |                              | PIS: 0,3%     |
| Transmissão: 0,00         |                 |                              | COFINS: 1,80% |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE |          |            |       |                       |            |       |         |        |
|-----------------------------|----------|------------|-------|-----------------------|------------|-------|---------|--------|
|                             | DIO      |            |       | PIC                   |            |       | DIO     | DICI   |
|                             | Mensal   | Trimestral | Anual | Mensal                | Trimestral | Anual | Mensal  | Mensal |
| Limite                      | 8,85     | 17,70      | 35,40 | 8,46                  | 16,92      | 33,84 | 4,82    |        |
| Apresentado                 | 0,00     |            |       | 0,00                  |            |       | 0,00    |        |
| Continuado                  | DISTRITO |            |       | Zurito de andres, pd. |            |       | 09/2019 | 81,75  |

Continuidade: DISTRITO  
Período de apuração: 09/2019  
Situação: 81,25

ROT: 7.001.28.02.220200





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

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

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825396343 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antonio Adcir Muxessi de C. Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 050.467.232-04  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antonio Adcir Muxessi de C. Junior

inscrito (a) no CPF sob o Nº 050.467.232 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

|                              |                          |                                |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| Endereço: <u>Rua CC 18</u>   | Número: <u>295</u>       | Complemento: <u>Casa</u>       |
| Bairro: <u>Laura Moreira</u> | Cidade: <u>Bom Vista</u> | Estado: <u>RR</u>              |
| E-mail: _____                | CEP: <u>69-318050</u>    | Tel.(DDD): <u>99113 - 3855</u> |

Local e Data: Bom Vista 13 de Janeiro de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

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

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - 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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ASL-0040038/20  
elisangela.santana  
21/07/2020 16:40:34

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 434468-5

DATA DE EXPEDIÇÃO 28/03/2018

NOME ANTONIO ADACIR MURUSSI DE OLIVEIRA JUNIOR

FILIAÇÃO ANTONIO ADACIR MURUSSI DE OLIVEIRA  
SANTIA MARIA VERAS

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

DOC. ORIGEM CERTID NASC 112251 FLS 241 LIV A-209  
1 OF BOA VISTA-RR

DATA DE NASCIMENTO 24/10/1999

050.467.232-04

28 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI  
Perito Papiloscópico do Estado do Rio Grande do Norte

LEI Nº 7.116 DE 28/09/83

P7

ASL-0040038/20  
elisangela.santana  
21/07/2020 16:40:34

PROIBIDO FALSIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polegar Direito

ASSINATURA DO TITULAR Antonio Adacir Jr de Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

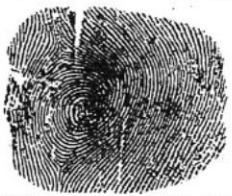
ASL-0040038/20  
elisangela.santana  
21/07/2020 16:40:34

ASL-0040038/20  
elisangela.santana  
21/07/2020 16:40:34

ASL-0040038/20  
elisangela.santana  
21/07/2020 16:42:30

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



*William gonçalves franco*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASL-0040038/20  
elisangela.santana  
21/07/2020 16:42:30

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 239717 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016

NOME WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE SANTA INÊS - MA DATA DE NASCIMENTO 09/12/1978

DOC ORIGEM CERTO CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20 AMADEU ROCHA TRIANI  
Perito Fingerprintista da Polícia Civil  
Diretor do IIC

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P. 1

ASL-0040038/20  
elisangela.santana  
21/07/2020 16:42:30

ASL-0040038/20  
elisangela.santana  
21/07/2020 16:42:30

ASL-0040038/20  
elisangela.santana  
21/07/2020 16:42:30

ASL-0040038/20  
elisangela.santana  
21/07/2020 16:42:30

ASL-0040038/20  
elisangela.santana  
21/07/2020 16:42:30



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040038/20  
elisangela.santana  
21/07/2020 16:40:53  
Data do acidente: 06/10/2019

Vítima: ANTONIO ADACIR MURUSSE DE OLIVEIRA

CPF: 050.467.232-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MURUSSE DE OLIVEIRA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

ANTONIO ADACIR MURUSSE DE OLIVEIRA JUNIOR : 050.467.232-04

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/01/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA



# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE :

NOME: Antonio Adacir Murussi de Oliveira Junior  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: Aux. de Porteira RG: 434468-5  
CPF: 060.467.232-04 ENDEREÇO: Rua CC-24, nº 72  
BAIRRO: Lauro Mouro CIDADE: Boa Vista  
CEP: 69.318-115

VÍTIMA: Antonio Adacir Murussi de Oliveira Junior  
CPF: 060.467.232-04 DATA DO SINISTRO: 06/10/19  
NATUREZA: Invalidez

## OUTORGADA :

NOME: William Goncalves Franco  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: solteiro  
PROFISSÃO: Obrista  
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SESP/RR  
DATA DE EMISSÃO: 13/10/16  
Nº CPF: 825.396.343-20  
ENDEREÇO: Rua CC-11, 299 - Lauro Mouro

## PODERES:

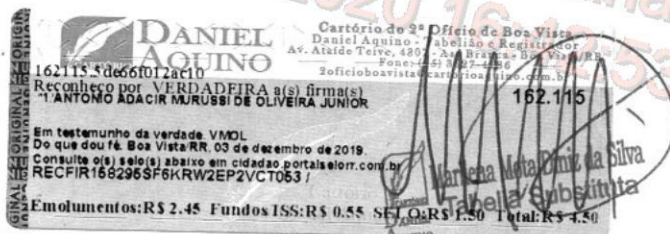
Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Boa Vista/RR, 03 de Dezembro de 2019.

Antonio Adacir Murussi de Oliveira Junior  
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: ANTONIO ADACIR MURUSSI DE OLIVEIRA JUNIO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000013794-0

---

Nr. da Autenticação 449E76C5CB6A3F37



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200048121 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO ADACIR MURUSSE DE OLIVEIRA JUNIOR **Data do acidente:** 06/10/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 15/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO E ULNA DIREITA.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** P.6-10\_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: ANTONIO ADACIR MURUSSI DE OLIVEIRA JUNIO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000013794-0

---

Nr. da Autenticação 449E76C5CB6A3F37



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200048121 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO ADACIR MURUSSE DE OLIVEIRA JUNIOR **Data do acidente:** 06/10/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 15/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO E ULNA DIREITA.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** P.6-10\_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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





# Ortopedia

Dr. Augusto

paciente vítima de acidente com moto, SIC,  
desenvolvido apresentando edema em  
artelhos D, dor local, com imobilização  
com tala rígida, sem lesão contusa em MSD.  
Além disso, punho curvado com dor no  
cotovelo e dor no antebraço, com sintomas  
em BEB, supinador, dor no, hipoalgesia,  
desenvolvido LOTE, punho perfeitamente normal  
sem deformidades, dor a movimentação.  
Rx com fratura de osso do  
artelho D. fechado, obliquo, com  
angulação medial.

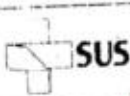
D: Internação para procedimentos  
cirúrgicos + tala orilo-palmar.

AO G para avaliação de lesão  
costo cartilagem em curso clínico.

Dr. Augusto Cavalcante  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1964







Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

2 - CNES

4 - CNES

6 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO

8 - DATA DE NASCIMENTO

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - DATA DE INSCRIÇÃO

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente submetido a exame de raios X de tórax e ultrassom de abdome

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

Rx + ultrassom de abdome

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

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

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - Nº DO BILHETE

35 - SÉRIE

36 - ( ) ACIDENTE DE TRANSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNPJ EMPRESA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) OUTRO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CID 10 ORDEMADOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO E INTERNAÇÃO

46 - DOCUMENTO

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

( ) CNS

( ) CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408000423  
5524  
W495





ESTADO DE RORAIMA  
AMATONIA PATRIMÔNIO DO BRASIL 2002

Paciente: Antonio Adacir Murussi De Oliveira

Sexo: Masculino

Nasc: 16/08/1961

Idade: 58 ANO

Solicitação: 20145396

Número Interno:

Solicitante: AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964

Origem: HGR

Setor: BLOCO A

Leito: 119-1

Data de Emissão: 21/11/2019 17:42

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 2014539601

## COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

TEMPO DE PROTROMBINA

RNI

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

RATIO

Resultado

12,30 seg

0,78

31,20 seg

1,15

Referência

10,0 - 14,0 seg

0,8 - 1,2

25,0 - 39,0 seg

0,75 - 1,22

### Notas

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

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

M<sup>te</sup> José S. Gomes  
Bióquímico  
CRF-RR 409

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cuzino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160  
Obs. Liberação do resultado mediante senha pessoal

21/11/2019 16:40

(\*) Ratificado

Página 1 de 3



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

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU



GOVERNO  
DE RORAIMA





ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DO BRASIL RORAIMA"

Paciente: Antonio Adacir Murussi De Oliveira

Nasc: 16/08/1961

Idade: 58 ANO

Solicitação: 20145396

Número Interno:

Sexo: Masculino

Solicitante: AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964

Leito: 119-1

Origem: HGR

Setor: BLOCO A

Data de Emissão: 21/11/2019 17:42

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 2014539602

## DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO  
Metodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino  
CREATININA

Resultado  
0.76 mg/dL

Referência  
0.7 - 1.4 mg/dL

### Notas

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

## DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO  
Metodologia: M17 - Cinético Uv (urease)  
URÉIA

Resultado  
22.40 mg/dL

Referência  
15.0 - 40.0 mg/dL

Sergio A. L. Martins

Bioquímico - CRF/RR 006  
006

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160  
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

21/11/2019 18:40



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

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU



GOVERNO  
DE RORAIMA

(\*) Retificado  
Página: 2 de 3



ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DO BRASIL 1990"

Paciente: Antonio Adacir Murussi De Oliveira

Solicitação: 20145396

Origem: HGR

Data de Emissão: 21/11/2019 17:42

Número Interno:

Sexo: Masculino

Solicitante: AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964

Setor: BLOCO A

Recebimento:

Nasc: 16/08/1961

Idade: 58 ANO

Leito: 119-1

Resultado de Exame

Amostra: 2014539603

## HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

### LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS

NEUTRÓFILOS

LINFÓCITOS

MONÓCITOS

EOSINÓFILOS

BASÓFILOS

### ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS

HEMOGLOBINA

HEMATÓCRITO

VCM

HCM

CHCM

RDW CV

RDW SD

### PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS

PM

ADP

PCT

### Resultado

6.21 x10<sup>3</sup>/uL

65.10 %

25.30 %

4.40 %

4.10 %

1.10 %

4.88 x10<sup>6</sup>/uL

15.70 g/dL

45.90 %

94.10 ug/L

32.30 pg

34.30 g/dL

11.60 %

45.80 fL

253.00 x10<sup>3</sup>/uL

9.70 fL

16.50

0.245 %

### Referência

4.0 - 10.0 x10<sup>3</sup>/uL

50.0 - 70.0 %

20.0 - 40.0 %

3.0 - 12.0 %

0.5 - 5.0 %

0.0 - 1.0 %

4.32 - 5.52 x10<sup>6</sup>/uL

13.5 - 18.0 g/dL

40.0 - 50.0 %

87.0 - 103.0 ug/L

27.0 - 34.0 pg

32.0 - 37.0 g/dL

11.0 - 16.0 %

35.0 - 56.0 fL

150.0 - 400.0 x10<sup>3</sup>/uL

6.5 - 12.0 fL

9.0 - 17.0

1.08 - 2.82 %

M<sup>re</sup> José S. Gomes

Bioquímico

CRF-RR 409

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

21/11/2019 18:40

(\*) Realizado

Página 3 de 3



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

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU



GOVERNO  
DE RORAIMA



## BOLETIM OPERATÓRIO



BOLETIM OPERATÓRIO

Data

OS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPEÚTICA:

TÍPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Retirar do abdômen o conteúdo do intestino delgado e do cólon ascendente e transverso.  
 2) Ressecar o conteúdo do intestino delgado e do cólon ascendente e transverso.  
 3) Incisão lateral torácica para aplegiografia da pleura.  
 4) Dissecção da pleura e identificação da lesão.  
 5) Ressecar a lesão com margem de segurança.  
 6) Colocar o pulmão em posição normal e fechar a pleura com sutura.  
 7) Incisão da parede abdominal inferior para aplegiografia da pleura.  
 8) Ressecar a lesão com margem de segurança.





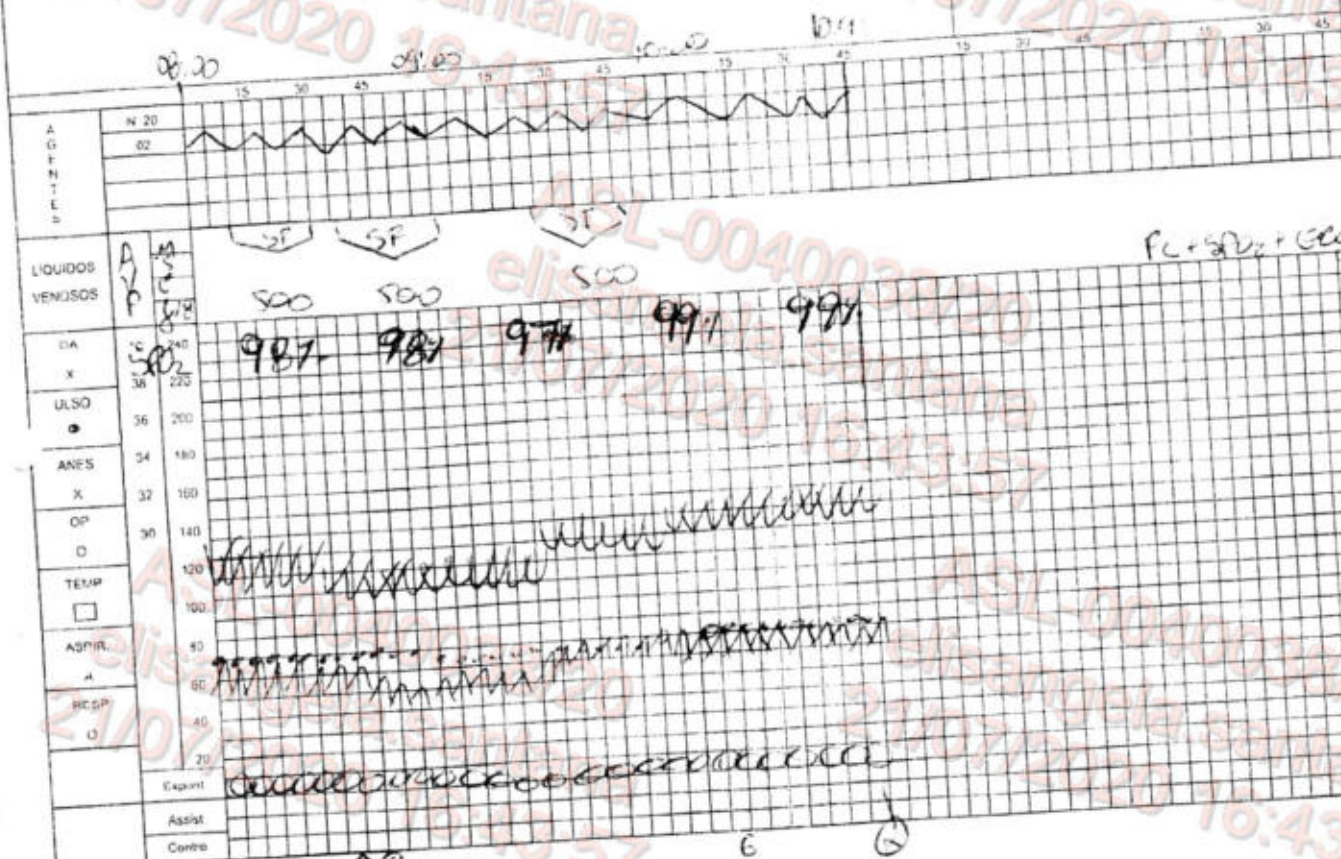
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

# FICHA DE ANESTESIA

Antônio Adnan Moura de A. Junior

22.11.14

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO



FC + SPO2 + CEG + ANIS

| AGÊNCIAS         | DOSES                          | TECNICA                      | ANOTAÇÕES                       |
|------------------|--------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| A Fontanel 100mg |                                | Bicup de Puro Injeção        | X Monitorização + check list    |
| B Midazolam 5mg  |                                | Sufu da Injeção              | 1. Ocorrência de 2 em 2         |
| C Propofol 150mg |                                | Curado de 100mg              | 2. Anestesia: - Fontanel        |
| D Indocin 100mg  |                                | Ventilador Espontâneo        | - Midazolam                     |
| E                |                                |                              |                                 |
| F                |                                |                              |                                 |
| G                |                                |                              |                                 |
| GLICOSE          | LIQUIDOS                       | Cânula - Nasal - Com Faringe | 3. bloqueio de Puro Injeção     |
| NDCD             |                                | Nasal - Oritraqueal - Gega   | 4. Anestesia com Propofol 0,75% |
| SANGUE           |                                | Ral - Tampo - Centro do Tubo | 5. Indocin 0,1% 100mg           |
|                  |                                | Sub Maxilar                  | 6. Leptocin 2g IV               |
|                  |                                | Oritraqueal Técnica          | 7. Cetorol 100mg IV             |
| TOTAL            | 1500ml                         |                              |                                 |
| OPERAÇÃO         | - Osteossíntese de ULN direita |                              |                                 |
| ANESTESIA        | Dna Imun                       | CÓDIGO                       | CIRURGIÃO                       |
|                  |                                |                              | Dr. J. J. J. J.                 |

Dr. Carlos Jr - R

BRUNO THOMAS DE MELLO  
MÉDICO  
CRM-RR-1005

6. Hemostático Trans IV  
7. SPM





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

|                                                                                 |                             |                            |                                     |                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| NOME DO PACIENTE                                                                |                             | APT OU LEITO               | Nº DO PRONTUÁRIO                    | DATA                             |
| Antonio Adacir Marinho V. Junior                                                |                             | 119-1                      | 00375228                            | 22/11/19                         |
| CIRURGIA                                                                        |                             | TEMPO DE DURAÇÃO           |                                     |                                  |
| TIPO                                                                            |                             | INICIO                     | FIM                                 | TEMPO TOTAL                      |
| Osteossíntese de Fratura de Antebraço                                           |                             | 08:50                      | 11:00                               |                                  |
| EQUIPE MÉDICA                                                                   |                             |                            |                                     |                                  |
| CIRURGIÃO                                                                       |                             | ANESTESISTA                |                                     | Dr. Sasmim                       |
| 1º AUXILIAR                                                                     |                             | RES. ANESTESIA:            |                                     | Res. Carlos                      |
| 2º AUXILIAR                                                                     |                             | INSTRUMENTADOR             |                                     |                                  |
| Res. Pablo                                                                      |                             | CIRCULANTE                 |                                     | Ivande + Silvia                  |
| Res. Adinachi                                                                   |                             |                            |                                     |                                  |
| TEMPO DE DURAÇÃO:                                                               |                             |                            |                                     |                                  |
| T DE ANESTESIA: BFB                                                             |                             |                            |                                     |                                  |
| QUANT.                                                                          | MATERIAIS                   | VALOR                      | QUANT.                              | MEDICAMENTOS                     |
| <input type="checkbox"/>                                                        | PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID. |                            | <input checked="" type="checkbox"/> | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500 ml |
| <input type="checkbox"/>                                                        | PACOTES GAZE                |                            |                                     | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO     |
| <input type="checkbox"/>                                                        | LUVA ESTERIL 7.0            |                            |                                     | FRASCOS- SORO GLICOSADO          |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                             | LUVA ESTERIL 7.5            |                            |                                     | FIO VICRYL Nº                    |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                             | LUVA ESTERIL 8.0            |                            | <input checked="" type="checkbox"/> | FIO MONONYLON Nº 2.0             |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                             | LUVA ESTERIL 8.5            |                            |                                     | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº        |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                             | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS      |                            |                                     | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº        |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                             | LÂMINA BISTURI Nº 24        |                            |                                     | FIO CATGUT SIMPLES Nº            |
| <input type="checkbox"/>                                                        | DRENO DE SUÇÃO Nº           |                            |                                     | FIO CATGUT CROMADO Nº            |
| <input type="checkbox"/>                                                        | DRENO DE TORAX Nº           |                            |                                     | FIO PROLENE Nº                   |
| <input type="checkbox"/>                                                        | DRENO DE PENROSE Nº         |                            |                                     | FIO SEDA Nº                      |
| <input type="checkbox"/>                                                        | SERINGA 01ML                |                            |                                     | SURGICEL                         |
| <input type="checkbox"/>                                                        | SERINGA 03ML                |                            |                                     | <del>GIRA PROSSO</del>           |
| <input type="checkbox"/>                                                        | SERINGA 05 ML               |                            |                                     | <del>HELCAPARATA Nº</del>        |
| <input type="checkbox"/>                                                        | SERINGA 10ML                |                            |                                     | GEOFOAM Alcool                   |
| <input type="checkbox"/>                                                        | SERINGA 20ML                |                            |                                     | FITA CARDIACA Pórcel na Topico   |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                             | Elétricos                   |                            |                                     | OUTROS: Cateter O2               |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                             | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE |                                     | VALOR                            |
| INSTRUMENTADOR (A)                                                              |                             | MATERIAL MEDICAMENTOS      |                                     |                                  |
| ENFERMEIRA CHEFE                                                                |                             | SUB- TOTAL                 |                                     |                                  |
| Bruno                                                                           |                             | TAXA DE SALA               |                                     |                                  |
| CIRCULANTE DE SALA                                                              |                             | TAXA DE ANESTESIA          |                                     |                                  |
| FUNCIONÁRIO/CALCULOS                                                            |                             | SOMA                       |                                     |                                  |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE                                           |                             |                            |                                     |                                  |





ESTADO DE RORAIMA

AMAZONIA PATRIAL DO BRASIL

## CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAL CIRÚRGICOS

|                                                  |                    |                         |                         |
|--------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------|
| Estabelecimento:<br>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA    | Especialidade:     | Procedimento Realizado: |                         |
| Nome do Paciente:<br>Antonio Adaci Murara        | IDADE:             | SEXO: F ( ) M (X)       | Nº de Prontuário: 17522 |
| Bloco:<br>A                                      | Enfermaria:<br>118 | Leito:                  | Nº da Sala: 16          |
| Circulante de Sala:                              |                    |                         |                         |
| CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: |                    |                         |                         |

Dados dos materiais/Serviço:

| ITEM | DESCRIÇÃO DO ITEM | QUANT |
|------|-------------------|-------|
| 01   | Placa de Pórcela  | 01    |

MÉDICO CIRURGIÃO:

INSTRUMENTADOR:

Empresa (X)

Nome da Empresa: SIRIUS ( ) / SÍNTESE ( ) / QUANTUM (X)  
ATHENA ( ) / MACON ( )

Marca:

| ITEM | DESCRIÇÃO DO ITEM | QUANT |
|------|-------------------|-------|
| 01   | Placa de Pórcela  | 01    |
| 02   | Parafuso lateral  | 06    |
| 03   | "                 | 04    |
| 04   | "                 | 04    |

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Anderson

1º AUXILIAR: Dr. Anderson

INSTRUMENTADOR:

1º VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Fone: (0xx95) 2121 0637  
Email: son.ma.haz@gmail.com



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Paciente: ANTONIO ALBERTO MURRIS DE O. SR  
No. do cartão de identificação: 05.000.000.000

Identificação do paciente: 05.000.000.000

Identificação do paciente:  
☒ Identidade  
☒ Sítio Cirúrgico  
☒ Procedimento  
☒ Anestesia: Sim ( ) Não

Identificação do paciente:  
☒ Sítio Cirúrgico  
☒ Anestesia: Sim ( ) Não

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA  
☒ VERIFICAÇÃO DE PULSO NO PACIENTE EM  
PROCEDIMENTO

ALERGIA CONHECIDA  
☒ Não ( ) Sim

QUANTIDADE DE SANGÜINEA DE ASPIRAÇÃO  
☒ Não ( ) Sim

QUANTIDADE DE SANGÜINEA > 500 ml  
☒ Não ( ) Sim

Assinatura: CPL Hora: 22:00/19

JURGICA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SALA DE OPERAÇÕES

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
☒ Sim ( ) Não

2- SE AS CONTAGENS INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  
☒ Sim ( ) Não

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO  
☒ Sim ( ) Não

4- O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÃO AS PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE  
☒ Sim ( ) Não

Assinatura e Carimbo



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

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



119-1

PREScrição Médica

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ DIH: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_

PACIENTE: Antônio Adairton M. de Oliveira Jr

DIAGNÓSTICO: fx. radio e ulna D

ALERGIAS: \_\_\_\_\_ HAS \_\_\_\_\_ DM2 \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ LEITO: 119-1 DATA: 22/7/19

| ITEM | PRESCRIÇÃO                                                   | HORARIO             |
|------|--------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1    | DIETA ORAL LIVRE                                             | SND                 |
| 2    | ACESSO VENOSO PERIFERICO                                     | manhã               |
| 3    | SF 0,9% 500ML EV S/N                                         |                     |
| 4    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H <del>S/N</del>                        | <del>16:30</del> 08 |
| 5    | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA | 16:30 5 26          |
| 6    | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5     |                     |
| 7    | OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA                                     | 08                  |
| 8    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                              | S/N                 |
| 9    | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8H S/N                     | S/N                 |
| 10   | <u>Clonazepam 0,5mg EV 12/12h</u>                            | <u>16:30</u> 08     |
| 11   | <u>T. Volle 30mg EV 12/12h</u>                               | <u>16:30</u> 08     |
| 12   |                                                              |                     |
| 13   |                                                              |                     |
| 14   |                                                              |                     |
| 15   |                                                              |                     |
| 16   |                                                              |                     |
| 17   |                                                              |                     |
| 18   |                                                              |                     |
| 19   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG          |                     |
| 20   | SSVV + CCGG 6/6 H                                            |                     |
| 21   | CURATIVO DIÁRIO                                              |                     |

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:  
# ENCONTRO PACIENTE: DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACÃO TRANESQUELÉTICA, SEM QUEIXAS ALGICAS.

- # SOLICITADO:
- # CONDUTA:
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
- # PREVISÃO DE ALTA:

| SINAIS VITAIS | 6 H | PA     | FC | FR | TEM  |
|---------------|-----|--------|----|----|------|
| 10 H          |     | 138x72 | 63 |    | 36,6 |
| 18 H          |     | 122x72 | 74 |    | 35,6 |
| 24 H          |     | 120x80 | 73 |    | 35,6 |

MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

22 Paciente acordado no  
31 Alimento de  
19 medicação de horário  
Ao 5:30h quinta de  
dor intensa administrada com  
"S" CPM

40 35 Retorno do  
com tração de 12:20  
MSD imobilizado. Sem queixas  
neste período.

Leiliana da C. Lima  
Técnica de Enfermagem  
12.12.2019



119-1

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

|                                        |                                                        |      |         |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------|------|---------|
| DATA DE ADMISSÃO                       |                                                        | DIH  | DN      |
| PACIENTE <i>Antônio Felipe</i>         |                                                        |      |         |
| AGNÓSTICO <i>Gravidez 1º trimestre</i> |                                                        |      |         |
| ALERGIAS                               | HAS                                                    | NEGA | DM2     |
| IDADE                                  | LEITO                                                  | DATA | NEGA    |
| ITEM                                   | PRESCRIÇÃO                                             |      | HORÁRIO |
| 1                                      | DIETA ORAL LIVRE                                       |      | SN      |
| 2                                      | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                               |      | Mantido |
| 3                                      | SF 0,9% 500ML EV S/N                                   |      | SN      |
| 4                                      | DIPIRONA 500MG EV 6/6H                                 |      | 08      |
| 5                                      | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                |      | 06      |
| 6                                      | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |      | SN      |
| 7                                      | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM |      | 06      |
| 8                                      | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                  |      | 08      |
| 9                                      | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                        |      | 06      |
| 10                                     | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H                             |      | 08      |
| 11                                     | CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H                         |      | 06      |
| 12                                     | <i>Clindamicina EV 12/12h</i>                          |      | 08      |
| 13                                     |                                                        |      |         |
| 14                                     |                                                        |      |         |
| 15                                     |                                                        |      |         |
| 16                                     | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG    |      |         |
| 17                                     | SSVV + CCGG 6/6 H                                      |      |         |
| 18                                     | CURATIVO DIÁRIO                                        |      |         |
| 19                                     |                                                        |      |         |
| 20                                     |                                                        |      |         |
| 21                                     |                                                        |      |         |

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
 NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:

| SINAIS VITAIS |         |    |    |      |
|---------------|---------|----|----|------|
| 6 H           | PA      | FC | FR | T    |
| 12 H          | 170/100 | 72 | -  | 36   |
| 18 H          | 150/90  | 77 | -  | 36   |
| 24 H          | 140x80  | 79 | -  | 36,5 |

MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

*18h Paciente sem queixas, recebe bem  
 medicações prescritas, segue as  
 cuidados da enfermagem.*

*Dr. Stefano Ferreira Diniz*  
 COREN-RR 876.669-TE

*Atenciosamente, admi  
 nistradora Medica  
 prescrite, segue  
 dos cuidados.*



## EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Antonio

Leito:

119-1

Data:

23/11/19

|                                         |  |                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Localização                             |  | Região: <u>Tronco</u>                                                                                                                        |  | Região: _____                                                                                                                                |
| Etiologia                               |  | Grau: I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )                                                                                                            |  | Grau: I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )                                                                                                            |
| Aparência do Leito                      |  | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro: _____ |  | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro: _____ |
| Pele Perifereira                        |  | ( ) Normal ( ) Amarela/Negra ( ) Esfalelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____                |  | ( ) Normal ( ) Amarela/Negra ( ) Esfalelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____                |
| Tipo de Exsudato                        |  | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____                                                       |  | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____                                                       |
| Quantidade de Exsudato                  |  | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                               |  | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                               |
| Solução de Limpeza                      |  | ( ) Soro Fisiológico 0.9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%                                                                                  |  | ( ) Soro Fisiológico 0.9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%                                                                                  |
| Cobertura primária                      |  | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____                                                    |  | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____                                                    |
| Troca                                   |  | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                              |  | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                              |
| Profissional que realizou procedimento: |  |                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                              |
| Observações:                            |  |                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                              |





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

|                  |                                                         |            |
|------------------|---------------------------------------------------------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | DIH                                                     | DN         |
| PACIENTE         | ANTONIO ADACIR MURUSSI DE OLIVEIRA JUNIOR               |            |
| AGNÓSTICO        | FRATURA DOS OSSOS DE ANTEBRAÇO DIREITO                  |            |
| ALERGIAS         | HAS                                                     | NEGA       |
| DM2              | NEGA                                                    |            |
| IDADE            | LEITO                                                   | DATA       |
|                  | 119-1                                                   | 24/11/2019 |
| ITEM             | PRESCRIÇÃO                                              |            |
| 1                | DIETA ORAL LIVRE                                        |            |
| 2                | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                |            |
| 3                | SF 0,9% 500ML EV (S/N)                                  |            |
| 4                | DIPIRONA 500MG EV 6/6 (S/N)                             |            |
| 5                | SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h              |            |
| 6                | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN |            |
| 7                | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM  |            |
| 8                | OMEPRAZOL 40MG EV 1x DIA                                |            |
| 9                | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H (S/N)                       |            |
| 10               | CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H                                  |            |
| 11               |                                                         |            |
| 12               |                                                         |            |
| 13               |                                                         |            |
| 14               |                                                         |            |
| 15               |                                                         |            |
| 16               | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG     |            |
| 17               | SSVV + CCGG 6/6 H                                       |            |
| 18               | CURATIVO DIÁRIO                                         |            |
| 19               |                                                         |            |
| 20               |                                                         |            |
| 21               |                                                         |            |

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, A VIDA, RELATIVO, CONTACTANTE.

# EXAME FÍSICO: BLG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, ALEIRIA, JUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DIA

6/11/19 A NOITE EM DRENAGEM DE SECREÇÃO PURULENTA DE COTOVELO E BRAÇO  
 DIREITO, SEGUE SEM QUEIXAS, COM MELHORIA DO ARCO DE MOVIMENTO DE  
 COTOVELO DIREITO

25/11/19 PA = 115/73  
 FC = 68 T = 36,4

**SINAIS VITAIS**

| 6 H  | PA     | FC | FR |
|------|--------|----|----|
| 12 H | 130/80 | 73 | 29 |
| 18 H | 130/80 | 69 | 20 |
| 24 H | 129/83 | 79 |    |

DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964  
 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E  
 TRAUMATOLOGIA

Dr. Olanir Olanir  
 Médico  
 CRM-RR 1851

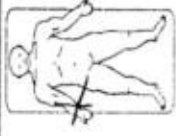
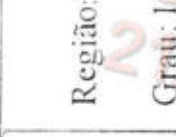
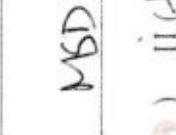
O item do não realizado  
 por não ter no selo.

Maricelina Sampaio Ferreira  
 COREN-RR 754419 TE



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|                                                                                     |                         |                          |                |                    |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------|--------------------|---------------------|
|  | Núcleo de Enfermagem em | Protocolo nº 1           | Versão: 08     | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018 |
|                                                                                     | Tratamento de Feridas – | Paciente: Antônio Adacel |                |                    |                     |
|                                                                                     | HGR                     | Leito: 119.1             | Data: 24/11/19 |                    |                     |

| Localização                             |                                                         |                                                         | Região: MGD                |                                                         | Região:                    |                                                         | Região:                    |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Etiologia                               | ( ) LPP I III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma : Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia<br>( ) Outro: | ( ) LPP I III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma : Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia<br>( ) Outro: | Grau: I ( ) II (X) III ( ) | ( ) LPP I III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma : Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia<br>( ) Outro: | Grau: I ( ) II ( ) III ( ) | ( ) LPP I III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma : Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia<br>( ) Outro: | Grau: I ( ) II ( ) III ( ) |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>(X) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros: <u>Hemograma</u> | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>(X) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros: <u>Hemograma</u> |                            | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros                   |                            | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros                   |                            |
| Pele Perifereira                        | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca (X) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                         | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca (X) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                         |                            | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                         |                            | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                         |                            |
| Tipo de Exsudato                        | ( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                       | ( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                       |                            | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                       |                            | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                       |                            |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco                                                                                                             | ( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco                                                                                                             |                            | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                             |                            | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                             |                            |
| Solução de Limpeza                      | (X) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%<br>( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%                 | (X) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%<br>( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%                 |                            | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%<br>( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%                 |                            | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%<br>( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%                 |                            |
| Cobertura primária                      | (X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                     | (X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                     |                            | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                     |                            | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                     |                            |
| Troca                                   | ( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h                                                                                                            | ( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h                                                                                                            |                            | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                            |                            | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                            |                            |
| Profissional que realizou procedimento: |                                                                                                                                            |                                                                                                                                            |                            |                                                                                                                                            |                            |                                                                                                                                            |                            |
| Observações:                            |                                                                                                                                            |                                                                                                                                            |                            |                                                                                                                                            |                            |                                                                                                                                            |                            |





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



|                  |                                                          |            |
|------------------|----------------------------------------------------------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | DIH                                                      | DN         |
| PACIENTE         | ANTONIO ADACIR                                           |            |
| AGNÓSTICO        | FX ANTEBRAÇO D                                           |            |
| ALERGIAS         | HAS                                                      | NEGA       |
| IDADE            | LEITO                                                    | DM2        |
|                  | 119-1                                                    | DATA       |
|                  |                                                          | 25/11/2019 |
| ITEM             | PRESCRIÇÃO                                               |            |
|                  | HORÁRIO                                                  |            |
| 1                | DIETA ORAL LIVRE                                         |            |
| 2                | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                 |            |
| 3                | SF 0,9% 500ML EV S/N                                     |            |
| 4                | DIPIRONA 500MG EV 6/6H S/N                               |            |
| 5                | SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h               |            |
| 6                | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT |            |
| 7                | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM   |            |
| 8                | OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA                                 |            |
| 9                | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                          |            |
| 10               | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                         |            |
| 11               | CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H                        |            |
| 12               |                                                          |            |
| 13               |                                                          |            |
| 14               |                                                          |            |
| 15               |                                                          |            |
| 16               | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG      |            |
| 17               | SSVV + CCGG 6/6 H                                        |            |
| 18               | CURATIVO DIÁRIO                                          |            |
| 19               |                                                          |            |
| 20               |                                                          |            |
| 21               |                                                          |            |

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

#EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DIA  
6/11/19 A NOITE CM DRENAGEM DE SECREÇÃO PURULENTE DE COTOVELO E BRACO  
DIREITO, SEGUE SEM QUEIXAS, COM MELHORA DO ARCO DE MOVIMENTO DE  
COTOVELO DIREITO

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

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-RR 2028





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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Andréia Albuquerque 28 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/07/2020 COM  
DIAGNÓSTICO DE fratura de fêmur

NO DIA 24/07/2020 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
fratura de fêmur SENDO

OPERADO PELO DR. Dr. Pedro de S. Fausto E DR. Dr. João

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 25/07/2020 ÀS 16:00 EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 25/07/2020 ÀS 16:00 COM O  
DR. Dr. Pedro de S. Fausto

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

BOA VISTA, 25/07/2020

Dr. Pedro de S. Fausto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2028

MÉDICO





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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

| DATA DE ADMISSÃO | DIH                                                      | DN      |
|------------------|----------------------------------------------------------|---------|
| PACIENTE         | ANTONIO ALDACIR MURUSSI                                  |         |
| AGNÓSTICO        | FX ANTEBRAÇO D                                           |         |
| ALERGIAS         | HAS                                                      | NEGA    |
| DM2              | NEGA                                                     |         |
| IDADE            | LEITO                                                    | 65      |
| DATA             | 09/10/2019                                               |         |
| ITEM             | PRESCRIÇÃO                                               | HORÁRIO |
| 1                | DIETA ORAL LIVRE                                         |         |
| 2                | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                 |         |
| 3                | SF 0,9% 500ML EV S/N                                     |         |
| 4                | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN                                |         |
| 5                |                                                          |         |
| 6                | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT |         |
| 7                | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM   |         |
| 8                | OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA                                 |         |
| 9                | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                          |         |
| 10               | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                    |         |
| 11               |                                                          |         |
| 12               |                                                          |         |
| 13               |                                                          |         |
| 14               |                                                          |         |
| 15               |                                                          |         |
| 16               | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG      |         |
| 17               | SSVV + CCGG 6/6 H                                        |         |
| 18               | CURATIVO DIÁRIO                                          |         |
| 19               |                                                          |         |
| 20               |                                                          |         |
| 21               |                                                          |         |

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

**SINAIS VITAIS**

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

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO

CRM-RR 2028

Residente de Ortopedia e Traumatologia



Utha 10/09/19



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente vítima de acidente com moto, deslocado, com fratura de omoplata esquerda D. (Diapir)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As Alams

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

Rx + exame físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

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

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0308010019  
T068  
5529 V299



| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA            |                                                          |                                        |      |      |                  |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------|------|------|------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                          |                                        |      |      |                  |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                          |                                        |      |      |                  |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                          |                                        |      |      |                  |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                          | DIH                                    |      | DN   |                  |
| PACIENTE                             |                                                          | Antonio Adair M. de Oliveira - Genitor |      |      |                  |
| AGNOSTIC                             |                                                          | 12 anos de idade                       |      |      |                  |
| ALERGIAS                             |                                                          | HAS                                    | NEGA | DM2  | NEGA             |
| IDADE                                | 10                                                       | LEITO                                  | 65   | DATA | 6/10/19          |
| ITEM                                 | PRESCRIÇÃO                                               |                                        |      |      | HORÁRIO          |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                         |                                        |      |      | 12h              |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                 |                                        |      |      | manhã            |
| 3                                    | SF 0,9% 500ML EV S/N                                     |                                        |      |      | 12h CRIS         |
| 4                                    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H                                   |                                        |      |      | 12h CRIS         |
| 5                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                  |                                        |      |      | 12h              |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA   |                                        |      |      | 12h              |
| 7                                    | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 |                                        |      |      | 12h              |
| 8                                    | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                    |                                        |      |      | 12h (12) (2) (6) |
| 9                                    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                          |                                        |      |      | 12h CRIS         |
| 10                                   | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                         |                                        |      |      | 12h CRIS         |
| 11                                   | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H               |                                        |      |      | 12h              |
| 12                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG      |                                        |      |      | 12h              |
| 13                                   | SSVV + CCGG 6/6 H                                        |                                        |      |      | 12h              |
| 14                                   | CURATIVO DIÁRIO                                          |                                        |      |      | 12h              |
| 15                                   | Insulina 20mg EV de 12/12h                               |                                        |      |      | 12h              |
| 16                                   |                                                          |                                        |      |      |                  |
| 17                                   |                                                          |                                        |      |      |                  |
| 18                                   |                                                          |                                        |      |      |                  |
| 19                                   |                                                          |                                        |      |      |                  |
| 20                                   |                                                          |                                        |      |      |                  |
| 21                                   |                                                          |                                        |      |      |                  |

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

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
 NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:

**NIR**  
 Regulado  
 para leito  
 BLA 65  
 Regulação Intern

| SINAIS VITAIS |        |    |    |      |
|---------------|--------|----|----|------|
| 6 H           | 120x80 | PC | FR | 35.8 |
| 12 H          | 132x75 | 58 |    | 36.0 |
| 16 H          | 125x69 | 68 |    | 36.5 |
| 24 H          | 120x70 | 85 |    | 35.3 |

MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

9:00 PP: 139 x 49  
 FC: 92

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
 Av. Brig. Lourenço Gomes, 50  
 Novo Planalto, 69000-000 - RORAIMA  
 AUTENTICAÇÃO  
 01 JAN 2019  
 Shree  
 Certifico e Declaro que a presente  
 cópia é fiel reprodução original  
 que foi arquivada no sistema



65

|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |       |      |                                                                                    |            |                                                                                                                                                                        |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------|------|------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b><br><b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>                                                                            |                                                          |       |      |                                                                                    |            |   |  |
| <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                          |       |      |                                                                                    |            |                                                                                                                                                                        |  |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                          | DIH   |      | DN                                                                                 |            |                                                                                                                                                                        |  |
| <b>PACIENTE</b> ANTONIO ALDACIR MURUSSI                                                                                                                                                                                                                                              |                                                          |       |      |                                                                                    |            |                                                                                                                                                                        |  |
| <b>AGNÓSTICO</b> FX ANTEBRAÇO D                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |       |      |                                                                                    |            |                                                                                                                                                                        |  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                          | HAS   | NEGA | DM2                                                                                | NEGA       |                                                                                                                                                                        |  |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                          | LEITO | 65   | DATA                                                                               | 07/10/2019 |                                                                                                                                                                        |  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PRESCRIÇÃO                                               |       |      |                                                                                    |            | HORÁRIO                                                                                                                                                                |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DIETA ORAL LIVRE                                         |       |      |                                                                                    |            | SND                                                                                                                                                                    |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                 |       |      |                                                                                    |            | ATENÇÃO                                                                                                                                                                |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SF 0,9% 500ML EV S/N                                     |       |      |                                                                                    |            |                                                                                                                                                                        |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN                                |       |      |                                                                                    |            | SND                                                                                                                                                                    |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                          |       |      |                                                                                    |            |                                                                                                                                                                        |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                    | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT |       |      |                                                                                    |            | SND                                                                                                                                                                    |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM   |       |      |                                                                                    |            |                                                                                                                                                                        |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                  |       |      |                                                                                    |            | D6                                                                                                                                                                     |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                          |       |      |                                                                                    |            | SND                                                                                                                                                                    |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                    |       |      |                                                                                    |            | (14) (23) (09)                                                                                                                                                         |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                          |       |      |                                                                                    |            |                                                                                                                                                                        |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                          |       |      |                                                                                    |            |                                                                                                                                                                        |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                          |       |      |                                                                                    |            |                                                                                                                                                                        |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                          |       |      |                                                                                    |            |                                                                                                                                                                        |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                          |       |      |                                                                                    |            |                                                                                                                                                                        |  |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG      |       |      |                                                                                    |            | SND                                                                                                                                                                    |  |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SSV + CCGG 6/6 H                                         |       |      |                                                                                    |            | ROTINA                                                                                                                                                                 |  |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CURATIVO DIÁRIO                                          |       |      |                                                                                    |            | DIÁRIO                                                                                                                                                                 |  |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                          |       |      |                                                                                    |            |                                                                                                                                                                        |  |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                          |       |      |                                                                                    |            |                                                                                                                                                                        |  |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                          |       |      |                                                                                    |            |                                                                                                                                                                        |  |
| <b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:<br>200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70<br>DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA                                                              |                                                          |       |      |                                                                                    |            |                                                                                                                                                                        |  |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b><br># ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE<br># EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.<br># SÓLICITADO:<br># CONDUTA: MANTIDA<br># PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:<br># PREVISÃO DE ALTA: |                                                          |       |      |                                                                                    |            |                                                                                                                                                                        |  |
| <b>SINAIS VITAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |       |      | Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO<br>CRM-RR 2028<br>Residente de Ortopedia e Traumatologia |            |                                                                                                                                                                        |  |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PA                                                       | FC    | FR   |                                                                                    |            |                                                                                                                                                                        |  |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 150x90                                                   | 85    | 17   | 36.2                                                                               |            |                                                                                                                                                                        |  |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 131/94                                                   | 68    | 18   | 36.3                                                                               |            |                                                                                                                                                                        |  |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 127/90                                                   | 70    | 20   | 36.9                                                                               |            |                                                                                                                                                                        |  |

12:00h. Afetado SSVU, Célia  
 adn. Tenosian 20g CPM anteriores.  
 Instabilidade Torn. nervinho.



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas –  
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Antônio Adair de Oliveira

Leito: 65

Data: 01/10/2019

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Localização                             | <br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Região: <u>MT E</u><br>Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> )                                                                                                                              | <br>                                                                                                                                                                                                       | Região: _____<br>Grau: I ( ) II ( )                                                                                                                                                                        |
| Etiologia                               | ( ) LPP I III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( <input checked="" type="checkbox"/> ) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) Ortopedia<br>( ) Outro: _____                                                                                                                                                   | ( ) LPP I III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) Ortopedia<br>( ) Outro: _____                                                    | ( ) LPP I III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) Ortopedia<br>( ) Outro: _____                                                    | ( ) LPP I III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) Ortopedia<br>( ) Outro: _____                                                    |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____<br>( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____                                                            | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____<br>( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____ | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____<br>( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____ | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____<br>( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____ |
| Pele Perilesional                       | ( ) Outro: _____<br>( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                                                                                                                                                            | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                                             | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                                                                                 | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                                                                                 |
| Tipo de Exsudato                        | ( ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmido ( ) Seco<br>( ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: _____ | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco<br>( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: _____              | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco<br>( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: _____              | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco<br>( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: _____              |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) 48/48h                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ( ) 12/12 ( ) 48/48h                                                                                                                                                                                       | ( ) 12/12 ( ) 48/48h                                                                                                                                                                                       | ( ) 12/12 ( ) 48/48h                                                                                                                                                                                       |
| Troca                                   | ( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ( ) 12/12 ( ) 48/48h                                                                                                                                                                                       | ( ) 12/12 ( ) 48/48h                                                                                                                                                                                       | ( ) 12/12 ( ) 48/48h                                                                                                                                                                                       |
| Profissional que realizou procedimento: | <p><u>Franciele Mendes</u> <u>Mônica Reis Farias</u><br/>Técnica em Enfermagem Coordenadora de Plantão de Enfermagem<br/>COREN-PR-533058 TEC COREN-PR 00823 004</p>                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |
| Observações:                            | <p><u>Perfuração curativa no membro superior</u><br/><u>perda pequena</u></p>                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                            |



69

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

DATA DE ADMISSÃO \_\_\_\_\_ DIH \_\_\_\_\_ DN \_\_\_\_\_

PACIENTE **ANTONIO ALDACIR MURUSSI**

AGNÓSTICO **FX ANTEBRAÇO D**

ALERGIAS \_\_\_\_\_ HAS **NEGA** DM2 **NEGA**

IDADE \_\_\_\_\_ LEITO **65** DATA **08/10/2019**

ITEM \_\_\_\_\_ PRESCRIÇÃO \_\_\_\_\_ HORÁRIO \_\_\_\_\_

1 DIETA ORAL LIVRE **SN**

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO **manhã**

3 SF 0,9% 500ML EV S/N **SN**

4 DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN **SN**

5 \_\_\_\_\_

6 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT **SN**

7 NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM **SN**

8 OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA **20**

9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N **SN**

10 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h **14 22 06 NTF**

11 \_\_\_\_\_

12 \_\_\_\_\_

13 \_\_\_\_\_

14 \_\_\_\_\_

15 \_\_\_\_\_

16 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG **SN**

17 SSVV + CCGG 6/6 H **notas**

18 CURATIVO DIÁRIO **notas**

19 \_\_\_\_\_

20 \_\_\_\_\_

21 \_\_\_\_\_

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

ob: 02080 57 19 365

| SINAIS VITAIS |          |    |    |
|---------------|----------|----|----|
| 6 H           | PA       | FC | FR |
| 12 H          | 150 x 80 | 70 | 18 |
| 18 H          | 117 x 71 | 79 | 20 |
| 24 H          | 120 x 70 | 75 | 22 |

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
CRM-RR 2028  
Residente de Ortopedia e Traumatologia

AS 12:00h Paciente no leito. A fim do SW,  
realizando cuidados de enfermagem.  
segue sem queixas  
Rosilene Garcia P. Menden  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 552.039-TE

paciente no leito, realizado  
SW e medicação  
Diurase 1/8h  
Trenide Gomes dos Santos  
Téc. de Enfermagem  
COREN-RR 552.039-TE



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Paciente:

Antônio Olain

Leito: 65

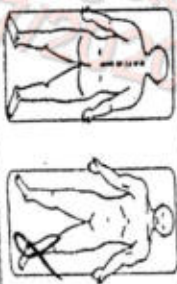
Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Data: 08/10/13

Localização



Região: MTE

Grau: I (X) II (X)

( ) LPP I III IV ?\* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular

( ) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) ortopedia

(X) Outro: laceração

Etiologia

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

( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros

Pele Perilesional

(X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor

Tipo de Exsudato

( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serosossanguíneo ( ) Seco

( ) Outro:

Quantidade de

( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco

Exsudato

(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%

Limpeza

(X) Gaze (X) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel

Cobertura primária

( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h

Troca

Profissional que realizou procedimento:

Observações:

Betânia Sôfia Carlos  
Enfermeira  
COEN-RR-367.172

Emiliana do N. Silva  
Enfermeira  
COEN-RR-367.172

Betânia Sôfia Carlos  
Enfermeira  
COEN-RR-367.172

Emiliana do N. Silva  
Enfermeira  
COEN-RR-367.172



66



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Antonio Alcides 19 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 06/10/19, COM  
DIAGNÓSTICO DE L. V. Antebraço D

NO DIA 1/11, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
\_\_\_\_\_ SENDO

OPERADO PELO DR. \_\_\_\_\_ E DR. \_\_\_\_\_

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

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 1/11 ÀS \_\_\_\_\_, COM O

DR. Victor da Silva 06/11/19 10

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. M. Amack

Dr. Pedro de S. Fausto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2024

BOA VISTA, 07/10/19

MÉDICO

D

ANTONIO ODACIR M OLIVEIRA 14373  
HOSPITAL CORONEL MOTA 18/12/2019

Wilson

65.5 %

ASL-0040038/20  
elisangela.santana  
21/07/2020 16:43:57

ASL-0040038/20  
elisangela.santana  
21/07/2020 16:43:57

ASL-0040038/20  
elisangela.santana  
21/07/2020 16:43:57

ASL-0040038/20  
elisangela.santana  
21/07/2020 16:43:57

ASL-0040038/20  
elisangela.santana  
21/07/2020 16:43:57

ASL-0040038/20  
elisangela.santana  
21/07/2020 16:43:57

ASL-0040038/20  
elisangela.santana  
21/07/2020 16:43:57

ASL-0040038/20  
elisangela.santana  
21/07/2020 16:43:57