



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Nome completo: Gessica de Souza Rodrigues
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
Profissão: Vendedora RG: 3099164 SSP/RR
CPF: 997.731.712 - 72 Endereço: TV S-42
Nº: 136
Bairro: Senador Helio Campos CEP: 69.000 - 000 Município: Boa Vista / RR
Telefone: (95) 99125 - 5961 E-mail: _____

Pelo presente instrumento procuratório, nomeio e constituo, como meus procuradores, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, e **ANDRÉ CARLOS ISRAEL**, brasileiro, casado, advogado inscrita na OAB/RR sob o nº. 2045-N, ambos com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo substabelecer esta procuração com ou sem reserva de iguais poderes.

Boa Vista/RR, 05 de Agosto de 2020.

Gessica de Souza Rodrigues

Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR
Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 99118-5777
E-mail: adv.abhner@hotmail.com Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

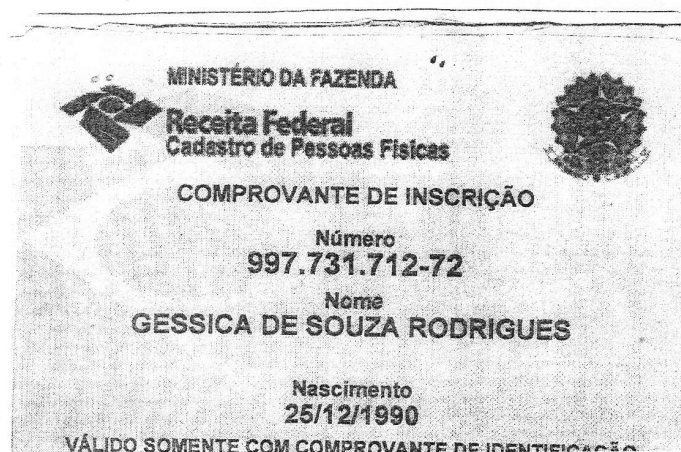
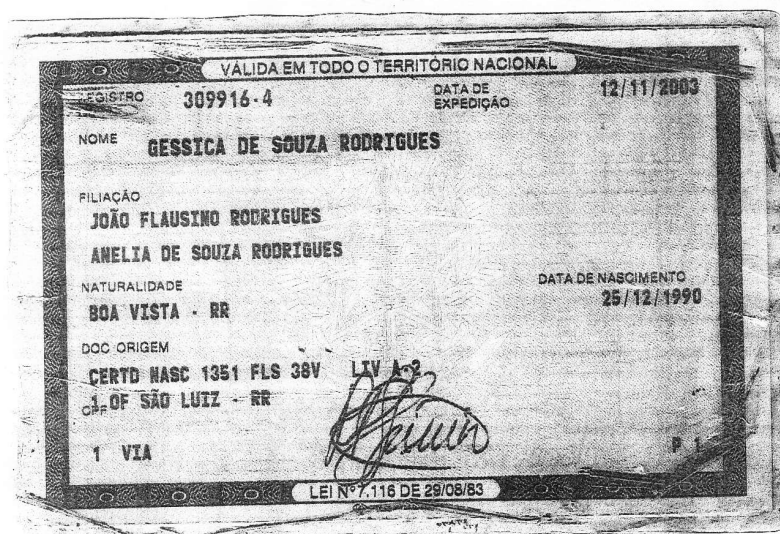
DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Gessica de Souza Rodrigues
ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO Vendedora
RG nº. 3099164
CPF/MF nº. 997.731.712-72
ENDEREÇO: TV 5-42, 136, Senador Helio Campos
Cel-69.000-000

DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art. 99 § 3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 05 / de Agosto de 2020.

Gessica de Souza Rodrigues



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ54K VX3AB EXVCF 37NY3



CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: FRANCISCO MANUEL GOMES
EPP
CGO/CPF/CEI: 04.954.172/0004-00
ENDEREÇO: AV. JAIME BRASIL, 327-CENTRO
CEP: 69.301-350
MUNICÍPIO: BOA VISTA UF: RR
ESP. DO ESTABELECIMENTO:
CARGO: VENDEDORA CBO Nº: 5211-05

DATA DE ADMISSÃO: 02 DE JANEIRO DE 14
REGISTRO Nº: 31 FLS. / FICHA 39
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: COMISSÃO DE 3% SOBRE
VENDAS MENSALIS
Francisco Manuel Gomes

DATA DE SAÍDA: Boa Vista, RR DE 22/10
FRANCISCO MANUEL GOMES EPP
CPF: 04.954.172/0004-00

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

10

CONTRATO DE TRABALHO

03.309.426/0001-10
CASA DAS CORTINAS IND E COM
LTDA EPP
END: AVENIDA GETULIO VARGAS
6487-CENTRO
CEP: 69.301-030
BOA VISTA RR

EMPREGADOR: Casa das Cortinas Ind e Com Ltda EPP
CARGO: Vendedora CBO Nº:

DATA DE ADMISSÃO: 02 DE Abril DE 2018
REGISTRO Nº: 31 FLS. / FICHA FLS
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: 974,00 (novecentos e setenta e quatro reais e cinquenta centavos)
Oliveira, Soraia Mendes

DATA DE SAÍDA: DE DE
ASS. DO EMPREGADOR EM DUPLICAÇÃO E TESTEMUNHA

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

11

22/07/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 07/2020 referente a UC: 1615092



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5544402

SEBASTIAO ISIDORIO DA SILVA FILHO

TV S-42, 136,

SENADOR HELIO CAMPOS 69000000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1615092	07/2020	09-JUN-20 a 10-JUL-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
684	01-AUG-20	R\$ 541,50

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70.19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1615092	07/2020	R\$ 541,50

836300000053.415000750000.000000001610.509207200056



PMRR-CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

Nº

809495

Vtr CIPTUR 02	SUCp CIPTUR	Data 06/09/18	S/Setor oeste	H/Transm 7:45	H/Ini 7:45	CH/H 7:55	H/Fir 8:30	
Cód. Oc. 100111003	Cód. Prov. 113999	Cód. Ser. Prest. XXXXXXX	Km/Ini. 69525	Km/Fin 69548				

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Rua Izidio Galdino da Silva \ Osvaldo Paes
LOCAL Carolino Senador Helio
Bairro: campos Refe.: Cruzamento

PESSOAS RELACIONADAS

1 ENVOLVIDO Nome: Willians melo de Jesus Idade: 29 E. Civil: Solteiro
Endereço: Rua Izidio Galdino da Silva nº 1649 senador Helio campos
Edt. R.G: 251958 SSP\RR CNH 04500304548 Profissão: Taxista
CPF 004.433.722-17 TEL XXXXXXXXXXXX

1 ENVOLVIDA Nome: Gessica de Souza Rodrigues Idade: 27 E. Civil: Casada
Endereço: RUA izidio Galdino da Silva nº 3108 senador Helio campos
Edt. R.G 309916-4 CNH 005299188800 Profissão: Vendedora
CPF 997.731.712-72 TEL XXXXXXXXXXXXXXXX

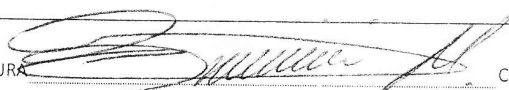


VEICULOS ENVOLVIDOS E DANOS

V1: Chevrolet spin, cor: branca, placa: NUL-1617 DANOS: V1: LATERAL FRONTAL E FAROL DIREITOS
V2: HONDA FAN, COR: PRETA, PLACA: NÃO- 8894 V2: AVARIA LATERAL, LADO ESQUERDO.

MATERIAIS APREENDIDOS

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): Não houve conduzidos e/ou apreendidos.

ASSINATURA  CARGO APC LOCAL DAT

Senhor (a) Delegado (a),

HISTORICO

ACINADOS VIA CIOPS PARA ATENDER UMA OCORRENCIA DE TRANSITO NO LOCAL ACIMA CITADO, AO CHEGARMOS AO LOCAL DO FATO, O ITEM 01 QUE CONDUZIA O VEICULO V1 INFORMOU QUE TRANSITAVA A RUA IZIDIO GALDINO DA SILVA ANTIGA N21 O ITEM 02 VINHA NO MESMO SENTIDO E CHEGANDO NO CRUZAMENTO COM A RUA OSVALDO PAES CARDINO O ITEM 01 FOI ADENTRAR;NO MOMENTO QUE O ITEM 02 FOI FAZER A ULTRAPASSAGEM OCASIONANDO O SINISTRO. HOUVE DANOS MATERIAIS INFORMADOS ACIMA E DANOS FÍSICOS NA CONDUTORA DA MOTOCICLETA. OS ENVOLVIDOS NÃO QUISERAM ESPERAR A PERÍCIA E O SENHOR: SEBASTIÃO IZIDORIO DA SILVA FILHO, RG: 344.665-4 CPF: 014.124.712-65 (esposo da condutora da motocicleta) ESTEVE NO LOCAL E RESPOSABILIZOU-SE EM ARCAR COM OS PREJUÍZOS MATERIAIS DO ITEM 02 E O SENHOR: MAURICIO FERREIRA DA SILVA, CNH: 04226317071 FICOU RESPONSÁVEL PELA MOTOCICLETA. ERA O QUE TINHA A RELATAR.

S. CRUZ

41.072-1

CADASTRO

3ºSGT QPCPM

Posto/Graduação

CIPTUR

SUOp

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

3/2018

...: Guia de Atendimento 02 ...

10/11/2018

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFL
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308



1801005269		06/09/2018 09:06:49		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		4	
Paciente				Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
GESSICA DE SOUZA RODRIGUES				25/12/1990		27 A 8 M 12 D		704802093063042		99773171272	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE		3099164		SSP RR		12/11/2003		F		NAO	
Mãe		ANELIA DE SOUZA RODRIGUES		Informado		JOAO FLAUSINO RODRIGUES		Contato		(95) 99125-5961	
Endereço		RUA - IZIDIO GALDINO DA SILVA - 3108 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR		Ocupação		NÃO INFORMADA					
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
ACIDENTE DE MOTO		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:		DANIEL VIANA			
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL									
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem				GSC		TOTAL					
SPO2: 94% / FC: 80 bpm				AO: 1234		RV: 12345		MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)											
Paciente apresenta dor de cabeça (SIC) com início em dor de cabeça motocrânica (muito xcaros) no lado da cabeça em região cervical e pé (E). Em uso de Colar cervical e fralda.											
Exame Físico											
A) sem sinais físicos, sinais da lesão em região cervical. B) m.v. + m. 2H+X											
C) sem hemorragia, D) Glasgow 15 R.F.M. + / m.v.s / m.m. II / m.v. m.v. passivo. E) Fratura exposta em pé E											
Hipótese Diagnóstica											
Fratura Pé (E) / Politrume.											
SADT - Exames Complementares											
☒ RAIO-X ☒ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:											
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO					
1) Solicitado Rx coluna cervical e pé 2)											
3) Dipirona 500 mg IV Aguda											
Condução											
☐ Alta por Decisão Médica				☐ Ambulatório							
☐ Alta a Pedido				☐ Observação (Até 24h)							
☐ Alta a Revelia				☐ Internação							
☒ Transferência para: Ortopedia				Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____							
óbito											
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não				Destino: ☐ Família ☐ IML		Anatomia Patológica					
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico							
Impresso por: daniel.viana											
Data Hora: 06/09/2018 09:08:11											

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJS7E FNUJH KSLNL 4J54R

ORIENTAÇÃO DR. MARCUS

VÍTIMA ACIDENTE AUTOMOBILAR
A TRAVÉS DO S- PDD R(10).
R(1) F(1) F(1) F(1) F(1).

CD: FMC + G(10)
P(10) F(1) F(1) F(1) F(1).

CD: A(1) F(1) F(1) F(1) F(1).

P(10) F(1) F(1) F(1) F(1)
A(1) F(1) F(1) F(1) F(1)

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1917/RR

14/09/2018

... Guia de Atendimento 02 ...

VERDE

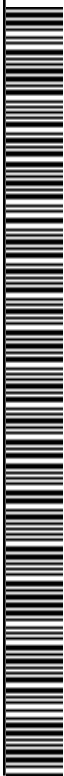
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Rosália Gomes da Silva
Aux. Serv. Saúde
19.09.18



Visto
Vire
Sil

1801008872	14/09/2018 10:33:02	FICHA DE ATENDIMENTO	CLINICA MEDICA	DIURNO 07-19	78
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
GESSICA DE SOUZA RODRIGUES	25/12/1990	27 A 8 M 20 D	704802093063042	99773171272	00061807
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	3099164	SSP RR	12/11/2003	F	NAO
Mãe	ANELIA DE SOUZA RODRIGUES		JOAO FLAUSINO RODRIGUES		INFORMADO
Endereço	RUA - IZIDIO GALDINO DA SILVA - 3108 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR		Contato		(95) 99125-5961
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
VERDE	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA			36.50	120 x 90
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTANEA		ALESSANDRA.CRISTINA		
Queixa Principal					
NECROSE EM DEDO DO PÉ E					
Anamnese de Enfermagem					
NEGA HAS, DM e ALERGIA a MEDICAMENTOS					
GSC TOTAL					
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)					
Paciente encaminhado devido ao trauma no 5º dedo do pé; evoluindo com edema e necrose local;					
Exame Físico					
BEG; eufêmico; a a a, h do b do; normocorético					
Hipótese Diagnóstica					
Fr em 5º dedo + veenr. + Infecção?					
SADT - Exames Complementares					
() RAIO - X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS: _____					
PRESCRIÇÃO					
APRAZAMENTO					
OBSERVAÇÃO					
Conduta					
() Alta por Decisão Médica () Ambulatório					
() Alta a Pedido () Observação (Até 24h)					
() Alta a Revelia () Internação					
() Transferência para: ortopedia Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____:____:____					
óbito					
Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IML Anatomia Patológica ____/____/____:____:____					
Assinatura do Paciente ou Responsável					
Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: ronilson					
Data Hora: 14/09/2018 10:37:27					
1801008872					





GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESAU

PRONTO ATENDIMENTO DR. AIRTON ROCHA – PAAR

REG: 3974/2018	D.N.: 25/12/1990	
NOME: JESSICA DE SOUZA RODRIGUES	IDADE: 27 ANOS	SEXO: FEM
EXAME: USG. ABDOMEN TOTAL		
PROCEDÊNCIA: GT/VERMELHA	MÉDICO SOLICITANTE: DR. EDER RIBEIRO	

LAUDO ULTRASSONOGRÁFICO

FÍGADO: Em topografia habitual. Forma normal, volume preservado, contornos regulares, parênquima homogêneo, com ecogenidade habitual. Ramos portais e veias supra-hepáticas normais. Sistema biliar canicular intra-órgão de calibre e trajeto preservados. Ausência de sinais diretos ou indiretos de tumor cístico ou sólido.

VESÍCULA BILIAR: Normodistendida. Parede fina, conteúdo anecóico. Colédoco de calibre normal, 0,3mm.

PÂNCREAS: Em topografia habitual. Forma normal, volume preservado, contornos regulares, parênquima homogêneo, com ecogenidade habitual. Conduto de Wirsung não visualizado.

BAÇO: Em topografia habitual. Forma normal, volume preservado, contorno regular, parênquima homogêneo, com ecogenidade habitual e cápsula sem alterações.

RIM DIREITO: Topografia habitual. Forma normal, volume mantido, contorno regular, ecotextura parenquimatosa cortical, medular e coletora, normais. Relação córtico-medular normal e mantida. Ausência de sinais diretos ou indiretos do tumor cístico ou sólido e litíase. Cápsula preservada.

RIM ESQUERDO: Topografia habitual. Forma normal, volume mantido, contorno regular, ecotextura parenquimatosa cortical, medular e coletora, normais. Relação córtico-medular normal e mantida. Ausência de sinais diretos ou indiretos do tumor cístico ou sólido e litíase. Cápsula preservada.

VCI E AORTA: Trajetos e calibres e normais.

SEIOS COSTO-DIAFRAGMÁTICOS: Íntegros, mantendo as características habituais do espaço pleural normal.

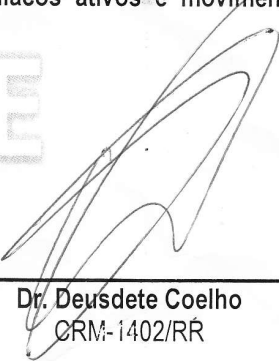
BEXIGA: Paredes normoecogênicas e conteúdo anecóico.

Útero gravídico apresentando feto com vitalidade preservada, batimentos cardíacos ativos e movimentos presentes.

Ausência de líquido livre na cavidade abdominal no momento deste exame.

NÃO HÁ FILME PARA REGISTRO DE IMAGENS

Boa Vista – RR, 6/9/2018 10:32


Dr. Deusdete Coelho
CRM-1402/RR



Hospital Geral de Roraima - HGR
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/n, Bairro Novo Planalto
CEP: 69360-000, Boa Vista – RR. Telefone: (095) 2121-0600
E-mail: hosprsb@ibest.com.br



BLOCO D

Alta 49109

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

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		61809	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
704802093063042		25/12/90	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
Melhor de Souza Rodrigues			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
Paciente apresentando latência do 5º MTT do PE direito	

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
Tratamento cirúrgico	

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
EXAME FÍSICO + RX	

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
Fratura 5º MTT + infecção PE @							

PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
Internação			
26 - CLÍNICA		28 - DOCUMENTO	
Unop		() CNS () CPF	
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Dr. Bruno Figueiro		14/9/18	
		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
		Dr. Marcelino Mendes Médico Residente Ortopedia e Traumatologia	

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

AUTORIZAÇÃO		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
14/9/18			
		0303080078 LOBO	

BF

Long



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	GESSICA DE SOUZA RODRIGUES	
DIAGNÓSTICO	fratura 5º MTT DO PE (D)	
ALERGIAS	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO <i>OK</i> <i>Guilherme</i>	<i>06h</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H <i>11h 40m</i> <i>21/8</i> <i>24h</i>	<i>06h</i>
4	TILATIL 20MG EV 12/12H <i>11h 40m</i>	<i>24h</i>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN	<i>SN</i>
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	<i>SN</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	<i>SN</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N	<i>SN</i>
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	<i>SN</i>
10	SSVV + CCGG 6/6 H	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	<i>SN</i>
14	CURATIVO DIARIO	
15	<i>Dr. Marcelo Marques</i> Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 1918/RR	
16		
17		
18	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	<i>SN</i>
19		
20		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

17h
PA: 100x70
FC: 90
T: 37°C

INTERNAÇÃO às 11:30h
14.04.18

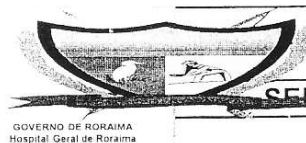
PA: 100x70
FC: 93
TX: 36.3°C
Guilherme

SINAIS VITAIS			
6 H	70/40	36.7	79
12 H			
18 H			
24 H			

Realizada Montagem
Valdete Campos
Enfermeira
COREN 204048-RR

23/2061
PA = 68x41
R = 80
Edilaine B. Barbosa
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 904 159 - TE

414-2



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		GREGGIA DE SOUZA RODRIGUES			
DIAGNÓSTICO		Fract. 5 ^o MTT DO PE (D)			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	15/9/18	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				200
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				200
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12 ^h 18 ^h 24 ^h 06 ^h
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				12 ^h 24 ^h
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN				01W
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				01W
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				01W
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				01W
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				01W
10	SSVV + CCGG 6/6 H				01W
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				01W
14	CURATIVO DIÁRIO				01W
15	 Dr. Marcelo Marques Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 191838R				
18	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:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Às 13:10 horas

PA: 100 x 70

FC: 89

TAX: 36.8°C

Aline Oliveira de Castro
Téc de Enfermagem
COREN-RR 007.066.156

SINAIS VITAIS	PA	FC	Temp.	FR
6 H	90x53	78	35.6°C	17
12 H				
18 H	91x70	82	36.0°C	14
24 H	90x55	82	34.9°C	17

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Regulador
para leito

BL D 2142

15/09/18

11:30h

434-2



GOVERNO DE
RORAIMA
Hospital Geral de
Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO	14/09/2018	DIH		DN	25/12/1990
PACIENTE	GESSICA DE SOUZA RODRIGUES				
AGNÓSTICO	FRATURA 5º MTT + INFECAO PARTES MOLES PE DIREITO				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	27	LEITO	414-2	DATA	16/09/2018
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				mg/ml
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12 18 24 96
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				96
14	SSVV + CCGG 6/6 H				relax
15	CURATIVO DIÁRIO				curado
16	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D1; 16/09)				16
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

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

SINAIS VITAIS	10h	13h	18h	T
6 H	PA	FC	FR	
12 H	30/166	75	20	36.9
18 H	89/65	90	20	36.6
24 H	101/62	79	20	36.80

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

Samara Louisa
Téc. em Enfermagem
COREN/RR 907.564-TE



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 Versão: 06
Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LEITO: 414-2

Nome: Jessica de Souza Rodrigues

DATA: <u>16/09/18</u>	Localização / Região: <u>MID</u>	DATA:	Localização / Região:
☒ GRAU - I ☐ GRAU - II		☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☒ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☒ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara
Quantidade de Exsudato	☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante
Cor de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo
Dor:	☐ Sim ☒ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor
Condição da pele Perilesional:	☐ Normal ☐ Macerada ☒ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____
Horário do curativo:	☐ Manhã ☒ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde
Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>DIÁRIO</u>		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Berenice Sônia Carlos</u> Téc. em Enfermagem COREN-RR 387.172	02- <u>Angela Miguel de Aguiar</u> Téc. em Enfermagem COREN-RR 629.105	01- <u>Angela Miguel de Aguiar</u> Téc. em Enfermagem COREN-RR 629.105
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:			
OBS:			

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	14/09/2018	DIH		DN	25/12/1990
PACIENTE	GESSICA DE SOUZA RODRIGUES				
AGNÓSTICO	FRATURA 5º MTT + INFECAO PARTES MOLES PE DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	27	LEITO	414-2	DATA	17/09/2018
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	CURATIVO DIÁRIO				
16	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D1; 16/09)				
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	114/77	79	19	36,1°C
18 H	108/69	80	19	36,4°C
24 H	100/60	80	20	36,6°C

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

06:00 90/60 80 20 36,5



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 | Versão: 06

Última atualização:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 418-2

Nome: <u>Jessica de S. Rodrigues</u>		Localização / Região: <u>ORLFD</u>	
DATA: <u>17/09/18</u>		DATA:	
☒ GRAU - I		☐ GRAU - I	
☐ GRAU - II		☐ GRAU - II	
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____	Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico <u>cutânea íntegra</u>	Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara
Quantidade de Exsudato	☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante
1. de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	1. de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo
Dor:	☒ Sim ☐ Não	Dor:	☐ Sim ☐ Não
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor
Condição da pele Perilesional:	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☒ Outras <u>borde necrótico</u>	Condição da pele Perilesional:	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras _____
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	Solução para limpeza	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____
Hora do curativo:	☐ Manhã ☒ Tarde	Hora do curativo:	☐ Manhã ☐ Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>17/09/18</u>	Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	
01- <u>Carissa Alves Mota</u> Técnico em Enfermagem	02- <u>Adonilde Vieira Araujo</u> Técnico em Enfermagem COREN-RR 507 795/TE	01- _____	02- _____
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e CouvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



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



DATA DE ADMISSÃO	14/09/2018	DIH		DN	25/12/1990
PACIENTE	GESSICA DE SOUZA RODRIGUES				
AGNÓSTICO	FRATURA 5º MTT + INFECAO PARTES MOLES PE DIREITO				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	27	LEITO	414-2	DATA	18/09/2018
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	CURATIVO DIÁRIO				
16	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D1; 16/09)				
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
14H	100x60	84	17	
18 H	137/100	89	19	36,6
24 H	100x60	83		WT

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 185.218
Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

CEH. 90x50 85

NTT.

28.09.2018. Plântao melurio. Inicial
Realizado cuidados gerais
Adm. medicos com
Verificado seu.
Franciane Damazio de Assis
Córên RR 973.392-TE



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

Bloco: D	Data: 48.09.18	Enfermaria: 414	Leito: 2
Nome Completo: Opécia de Souza Rodrigues	Idade: _____	Sexo: W F () M	
Procedência: _____	Hipótese Diagnóstica: patologia 5º MTT+infecção em partes moles		
Isolamento ou Precaução: () Sim (☒) Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos			
Alergia: () Sim (☒) Não Qual (is): _____			
Necessidade de Intérprete? () Sim (☒) Não Qual idioma: _____			
Possui acompanhante: (☒) Sim () Não Obs: _____			
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca (☒) Comprometida/cambaleante			

SISTEMA NEURÓLOGO (☒) Consciente (☒) Orientado () Desorientado () Sedado () Torposo () Comatoso () Agitado () Reage a estímulos () Não reage	SISTEMA CARDIOVASCULAR (☒) Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____ () Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____ (☒) Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso: _____
PUPILAS (☒) Fotorreagente () Mióticas () Midríatica () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes	ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL (☒) VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT Aceitação da dieta: (☒) Sim () Não () Parcial Evacuações: (☒) Presente () Ausente () Colostomia (☒) Normal () Diarreia () Constipação () Melena Flatos: (☒) Presente () Ausente
REGULAÇÃO TÉRMICA (☒) Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico () Febril () Febre () Pirexia () Hiperpirexia	REGULAÇÃO ABDOMINAL (☒) Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido () Ascítico () Maciço () Timpânico Ruidos Hidroaéreos: (☒) Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim (☒) Não FO: () Sim () Não
CARACTERÍSTICAS DA PELE (☒) Hidratada () Desidratada () Ressecada (☒) Normocorada () Hipocorada () Hiperacorada (☒) Anictérica () Ictérica () Cianótica (☒) Acianótica () Edema Local: _____ Úlcera por pressão: () Sim (☒) Não Região: _____ Curativo realizado: (☒) Sim () Não FO: () SIM () NÃO	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE (☒) Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria () Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen

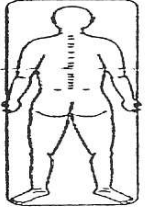
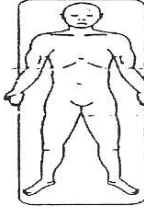
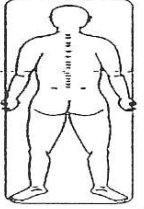
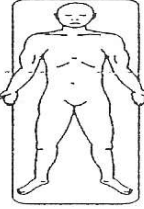
SISTEMA RESPIRATÓRIO () Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
Cateter Periférico: (☒) Sim () Não	Local: MSD	Data: 18/09/18	Trocar em: 23/09
Cateter Central: () Sim (☒) Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocar em: _____
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim (☒) Não			
Sondas: () Sim (☒) Não () SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem () Sifonagem	
Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____	Quantidade: _____	
Cateter Vesical: () Sim (☒) Não	Data da Instalação: _____	Trocar em: _____	
Prótese: () Sim (☒) Não	Tipo: _____	Local: _____	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		
() Deglutição	() Padrão respiratório ineficaz	() _____
() Risco de nutrição desequilibrada	() Déficit no autocuidado para alimentação	() _____
() Risco de glicemia instável	() Déficit no autocuidado para banho/higiene	() _____
() Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	() Conhecimento deficiente	() _____
() Volume de líquidos excessivo	() Comunicação verbal prejudicada	() _____
() Volume de líquidos deficiente	() Risco de dignidade humana comprometida	() _____
() Eliminação urinária prejudicada	() Processos familiares disfuncionais	() _____
() Risco de constipação	(☒) Risco de quedas	() _____
() Diarreia	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() _____
() Incontinência intestinal	() Dor aguda	() _____
() Padrão de sono prejudicado	() Dor crônica	() _____
() Mobilidade física prejudicada	() Náusea	() _____
() Integridade da pele prejudicada	() Risco de broncoaspiração	() _____
() Risco de integridade da pele prejudicada	() Risco de infecção	() _____
() Conforto prejudicado	() Ventilação espontânea prejudicada	() _____



	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data de Atualização: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 414-2		

Nome: <u>Jessica de Sousa</u>			
DATA: <u>28.09.</u> ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região: <u>MTPD - pe</u>  	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região:  
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☒ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara	
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Cor de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☒ Serossanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
Dor:	☐ Sim _____ ☒ Não	☐ Sim _____ ☒ Não	
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras _____	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras _____	
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	
Hora do curativo:	☐ Manhã ☒ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde	
Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>Diário</u>		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Jucilene Moreira</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554	01- <u>Denata Silva Rodrigues</u> Aux. de Enfermagem COREN 115.275	02-
Carimbo e Assinatura Enfermeiro			
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs. Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PREScrição Médica					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE GESICA DE SOUZA RODRIGUES					
AGNÓSTICO FX 5MTT + INFECÇÃO DE PARTES MOLES PE D					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO 104-3		DATA 19/09/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5ND
2	SF 0,9% 500ML EV S/N				7
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N				5N
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				5N
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				12 18° 24 06
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				3 5N
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				3
11	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CURATIVO DIÁRIO				curativo
13	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12 18° 24 06
14	CLINDAMICINA 240 MG 1S-DIA (-D1-16/09)				1 18° 24 06
15	<i>Clindamice 600g 6/6h</i>				14° 20 02 08
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA					
#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: SINAIS VITAIS #PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	90-60	87	18	35,6°C	
18 H					
24 H					
Dr. Fernando Rezende CRM-RR 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia					





GOVERNO DO RIO DE JANEIRO
PARANÓIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOMEN: Jesus de Souza Romão RECBITÁRIAS

Cano quebrado

Tratando vítima Acidente Auto
motociclista q fratura exposta
no fêmur proximal de 5º
pelo pé (D). Refusa-se a ser
internado. Hiper e
hematomas no antebraço
no momento impossível
de mobilizar. Sinais
de fratura. Sinais positivos
de 30 mts.
562.6

DATA 13/09/13

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 49471/RJ
Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA GONONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro - Vila Rica
CEP: 60.501-160 - CNPJ: 64.013.408/0001-00





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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Genio de Azevedo Rodrigues, 27 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 19/9/18, COM
DIAGNÓSTICO DE Fx 5º MT + infecção de parte mols po 6º
NO DIA —/—/—, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
_____ SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 19/9/18, ÀS 15:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 27/09/18, ÀS 7h, COM O
DR. Palelo

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 COM ORIENTAÇÃO DO DR _____

BOA VISTA, 19/9/18

MÉDICO



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Alair Imaciano de Souza

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

Gessica De Souza Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 997.731.712-72

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gessica De Souza Rodrigues

inscrito (a) no CPF sob o Nº 997.731.712-72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua: Antônio P. Galvão</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>Quintal</u>	Cidade:	<u>Bea Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>
E-mail:	<u>ELDIRRR@HOTMAIL.COM</u>			CEP:	<u>69.309-209</u>
				Tel.(DDD):	<u>(95) 98404-5368</u>

Local e Data: Bea Vista - RR, 24/07/2020

Assinatura do Declarante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 997.731.712-72 4 - Nome completo da vítima: Gessica de Souza Rodrigues

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

5 - Nome completo: Gessica de Souza Rodrigues 6 - CPF: 997.731.712-72
7 - Profissão: Vendedora 8 - Endereço: TV. S-42 9 - Número: 536 10 - Complemento:
11 - Bairro: S. H. Campos 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.000.000
15 - E-mail: FLOERRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): (95) 98404-5368

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0653

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 52457 6

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solito 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 portas 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, e não se desincumbem de 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 (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a 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

Gessica de Souza Rodrigues

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200262609

Vítima: GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

Data do Acidente: 06/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000052457-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
R. Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

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

