

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:
2901769820201109173724

Processo 0827064-08.2020.8.23.0010 - (19 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)
Realces					
Realçar Movimentos <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
14 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 14					
500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/> 14	09/11/2020 17:37:24	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		14.1 Arquivo: Peticão Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2763322CONTESTACAO01.pdf	Público		
		14.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2763322CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público		
		14.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf	Público		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de LUIZ FELIPE NOGUEIRA RÉGO) em 09/11/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 10) PEDIDO NÃO CONCEDIDO (27/10/2020) e ao evento de expedição seq. 11.	Wallyson Barbosa Moura Advogado		
	13	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de LUIZ FELIPE NOGUEIRA RÉGO) em 03/11/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS (23/10/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ		
	12	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de LUIZ FELIPE NOGUEIRA RÉGO com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 10) PEDIDO NÃO CONCEDIDO (27/10/2020)	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO Analista Judiciária		
	11	PEDIDO NÃO CONCEDIDO	DANIEL DAMASCENO AMORIM DOUGLAS Magistrado		
	10	CONCLUSOS PARA DECISÃO Responsável: EDUARDO MESSAGGI DIAS	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO Analista Judiciária		
	9	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	Wallyson Barbosa Moura Advogado		
	8	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de LUIZ FELIPE NOGUEIRA RÉGO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS (23/10/2020)	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO Analista Judiciária		
	7	DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS	DANIEL DAMASCENO AMORIM DOUGLAS Magistrado		
	6	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ		
	5	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ		
	4	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
	3	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
	2	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado		
	1				

2763322- C3/ 2020-04071/ INVALIDEZ



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

Processo: 08270640820208230010

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 **LUIZ FELIPE NOGUEIRA REGO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **29/02/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **10/06/2020**.

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 descharacteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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 incontrovertido na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

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



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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200255457

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO

Data do acidente: 29/02/2020

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PROXIMAL DE FÊMUR + FRATURA DE TÍBIA E PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE (FIXADOR EXTERNO + HASTE INTRAMEDULAR + FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P3 P4 P8 P22 P50)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 29/02/2020. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais).

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05780-0

CONTA: 000010012604-9

Nr. da Autenticação F232CBBB15B90C96

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

⁵Súmula 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.”

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

- 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;

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

⁷art.

^{1º}

(...)

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

- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 6 de novembro de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

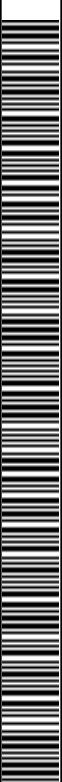
QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

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

TABELA DE GRAADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonómica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonómica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
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 **LUIZ FELIPE NOGUEIRA REGO**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08270640820208230010.

Rio de Janeiro, 6 de novembro 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



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, 21 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200255457

Vítima: LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO

Data do Acidente: 29/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15959309





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, 02 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200255457 Vítima: LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO

Data do Acidente: 29/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO

Informamos que o pagamento da ind

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

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

Recebedor: LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000005780-0

Conta: 000010012604-9

Tipo: **CONTA POUPANCA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

LÍDER
Seguradora
Administradora do Seguro DPVAT

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: 6 - Nome completo da vítima: 017.115.952-76 Luis Felipe Naguivira Rigo

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

5 - Nome completo: Luis Felipe Naguivira Rigo 6 - CPF: 017.115.952-76
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: almeirado 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-232
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 99113-3866

DADOS CADASTRAIS

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)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 5780 CONTA: 12604 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às cestas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do colidente 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 houver.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (na Civil) Divorciado Separado/Judicialmente Viúvo 24 - Data da 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou residuo (valasco): Sim Não 31 - Vítima 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (se 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 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista RR 03 de julho
* Luis Felipe Naguivira Rigo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) William Goncalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00009083/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/06/2020 14:06:10 Data/Hora Fim: 10/06/2020 14:06:10

Delegado de Polícia: Marcus Antonio de Paiva Albano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 29/02/2020 22:35

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Alvorada

Logradouro: Av. DOS GARIMPEIROS C/ RUA ADAIL OLIVEIRA ROSA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 36

Profissão: Não Informado

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG: 3567109

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA JORGE DIAS CARNEIRO Nº: 990

Bairro: ALVORADA

Nome Civil: RENIER NEGREIRO GOIS (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 27

Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: TRAVESSA GUANABARA Nº: 173

Bairro: Joaqui Clube

Nome Civil: DAYANA BRAGA DE SOUZA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade 22

Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA JORGE DIAS CARNEIRO Nº: 990



Impresso por: Asia Cássia Ferreira Cruz

Data de Impressão: 10/06/2020 14:21:28

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00009083/2020-A01

Bairro: ALVORADA

Razão Social: POLICIA MILITAR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 663.897.562-87
Placa NBA1749	Renavam 00495833100
Número do Motor JC48E2D013652	Número do Chassi 9C2JC4820DR013652
Ano/Modelo Fabricação 2013/2012	Cor ROSA
UF Veículo RR	Município Veículo Boa Vista/RR
Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 29/05/2015
Situação do Veículo NADA CONSTA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Luis Felipe Nogueira Rego	Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 337.038.333-00
Placa NAI8938	Renavam 00149278691
Número do Motor JC25E-T069883	Número do Chassi 9C2JC250TTR069883
Ano/Modelo Fabricação 1996/1996	Número da Carroceria 0
Cor AZUL	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN
Modelo HONDA/CG 125 TITAN	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 11/05/2004	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Renier Negreiro Gois	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor Delegado:

Que o Rap PM numero 811789 informa que foram acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de trânsito com danos materiais e lesão corporal, no local foi constatado o sinistro. Conforme constatado no local o senhor RENIER NEGREIRO, condutor do veículo de placa NAI 8938 trafegava pela Avenida DOS GARIMPEIROS sentido RUA FRANCISCO ANACLETO DA SILVA. Quando no cruzamento com a Rue ADAIL OLIVEIRA ROSA interceptou o veículo conduzido pelo o senhor LUIS FELIPE, que trafegava na referida Rue sentido BAIRRO CENTRO. Que o condutor Luiz Felipe sofreu uma fratura aberta no pé direito, e a passageira que diz chamar se DIANA BRAGA DE SOUZA sofreu um fratura aberta na perna esquerda, sendo ambos levados ao Pronto Socorro pelo resgate do SAMU. Que Luiz Felipe apresentava visível estado de embriaguez, não sendo este submetido ao exame de alcoolemia alveolar com o etilômetro por não oferecer condições para tal, sendo este autuado por dirigir veículo sem possuir CNH. Que Renier foi submetido ao teste de alcoolemia alveolar com o etilômetro e



Impresso por: Ana Cassia Ferreira Cruz

Data de Impressão: 10/06/2020 14:21:28

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00009083/2020-A01

teve como resultado 0:0. A perícia foi acionada para o local onde foram realizados os trabalhos chefiados pelo perito SILVIO. Que Renier foi autuado por dirigir veículo sem possuir CNH. Após os procedimentos realizados no local o veículo de Renier ficou aos cuidados do próprio condutor e o veículo de Luiz Felipe ficou aos cuidados dos familiares. Apresentam Renier por dirigir veículo sem possuir CNH.

Era o que tinha a relatar.

A VÍTIMA DAYANA BRAGA DE SOUZA (QUALIFICADO NO B.O EM EPIGRAFE), COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR/CORRIGIR NESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, PARA FINS DE SEGURO DPVAT, ALGUNS DADOS, BEM COMO SEU NOME COMPLETO; QUE DAYANA AFIRMA QUE SEU NOME É DAYANA BRAGA DE SOUZA (EM ANEXO CARTEIRA DE TRABALHO E DOCUMENTAÇÃO MÉDICA), NÃO DIANA BRAGA DE SOUZA INFORMADO ERRONIAMENTE NO REGISTRO. É O ADITAMENTO/ACRÉSCIMO/CORREÇÃO.

QUE PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO, EU HUALACY SEEIG, S. DE SOUZA, ESCRIVÃO DE POLICIA (AD-HOC), CHEFE DE SEÇÃO DA POLICIA CIVIL, MATRÍCULA Nº 020110884, RESPONSÁVEL POR ESTE ADITAMENTO B.O, ORIENTEI QUE O COMUNICANTE PODERIA RESPONDER CIVIL E CRIMINALMENTE PELO PRESENTE RELATO QUE DEI ORIGEM, SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, CONFORME PREVISTO NOS ARTIGOS 339-DENUNCIAÇÃO CALUNIOSA E 340-COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME OU DE CONTRAVENÇÃO DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO.

ASSINATURAS

 
Hualacy Seeig S. de Souza
Escrivão de polícia "ad-hoc"
Chefe da Seção da Polícia Civil do Estado de Roraima
Matrícula 020110884
RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO

Comunicante

*Declaro para os efeitos legais que sou o(a) Juiz(a) responsável pelas informações acima esclarecidas e declaro que posso responder civil e criminalmente pelo presente documento que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciações Caluniosas e 340-Comunicações Falsas de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Impresso por: Ana Cassia Ferreira Cruz
Data de Impressão: 10/08/2020 14:21:28

Página 3 de 3
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

LÍDER
Seguradora
Administradora do Seguro DPVAT

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: 017.115.952-76 | 4 - Nome completo da vítima: Luis Felipe Nogueira Rigo

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

5 - Nome completo: Luis Felipe Nogueira Rigo | 6 - CPF: 017.115.952-76
7 - Profissão: autônomo | 8 - Endereço: R. José de dias carneiro | 9 - Número: 290 | 10 - Complemento:
11 - Bairro: alvorada | 12 - Cidade: Boa Vista | 13 - Estado: RR | 14 - CEP: 69.317-232
15 - E-mail: | 16 - Tel.(DDD): 99113-3866

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: 5780 CONTA: 12604 | 7 | Nome do BANCO: _____

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às cestas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do colidente 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 houver.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (na Civil) Divorciado Separado/Judicialmente Viúvo | 24 - Data da 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 Sim Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou residuo (valasco): Sim Não | 31 - Vítima 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 de quem assina a pedido (a rogo) | 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 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista RR 03 de julho
* Luis Felipe Nogueira Rigo | 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) | 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05780-0

CONTA: 000010012604-9

Nr. da Autenticação F232CBBB15B90C96



CAERR
ATENDIMENTO
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: 1358189 | Fevereiro/2020

Dados do Cliente:		Endereço para entrega:	
FRANKINETE FERREIRA DOS SANTOS VIANA		RUA JORGE DIAS CARNEIRO, 80990 - 1 - ALV CRACIA BOA VISTA RR 69917-232	
Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.019.025.0280.001	29	2659	RESIDENCIAL
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
A18C018764	24/11/2018	LIGADO	LIGADO
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT.	149	158	9
LEITURA INF.			27
DT. LEITURA	24/01/2020	20/02/2020	
ULTIMOS CONSUMOS		Qualidade de Água Disponível ao Consumidor	
201901	14-0	Informações das normas estabelecidas na Reta de Eletricidade DECRETO FEDERAL N.º 5448 - 2001, Q.M.	
201912	12-0	AMONÍACO	CLORO
201911	12-0	TURBIDEZ	COR
201910	10-0	EXIGIBIL	C.707418
201909	12-0	ANALISADOR	E.COLI
201908	13-0	CONFIRME	242
MÉDIA	12	242	242
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)	
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA	9 M3	23,83	
ESGOTO	80,0 % DO VALOR DE ÁGUA	19,06	
JUROS DE MORA 11/2019		0,55	
VALOR PAGO	15/03/2020	TOTAL A PAGAR	43,44

IMPRESSO: EM: 243 - 64 - 243243 09:47:13

Via do Cliente

09/04/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 03/2020 referente a UC: 703494



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: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

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

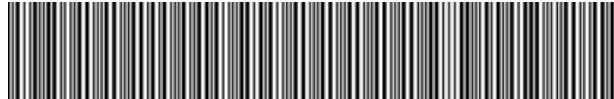


RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059





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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além de 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 PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGUERO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 805.396.343-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Luis Felipe Nogueira Rego inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.115.952-76

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Luis Felipe Nogueira Rego

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.115.952-76, 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 à 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 11</u>	Número:	<u>294</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Laura Moreira</u>	Cidade:	<u>Bonfim</u>	Estado:
E-mail:	<u>Wfranco992@gmail.com</u>			CEP: <u>69.318-050</u> Tel.(DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Bonfim RR 07 de julho de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

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

Reclassificação Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

2001225858 29/02/2020 23:22:58

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 33

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário			
LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO	21/01/1994	26 A 1 M 8 D						
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
Mãe				M		PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
Endereço	ANAIIDE NOGUEIRA REGO			NI			Contato	(96) 99102-0009
RUA - ARARIQUERA - SN - SAO VICENTE - BOA VISTA - RR								
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validado	Autorização	Sis Prenatal			
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
Sator	URGÊNCIA							
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chagada	SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.					
Quixxa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
<i>- Colisão moto x moto</i>								

Anamnese do Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123450

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) Paciente trazido pelo Samu em
proximidade ao local + edema cervical, momento remoto
SAMU veio de Samo que terminou
ambulatório que o encontrou estando sobre o edema
lento, acompanhante relatou que ele vinha de beber
alcoolico. + que veio com edema cervical, paciente
velho sem edema cervical. Exame: Paciente relata ter
sob efeito de álcool + alcoolismo, CAR: m+ PIR: RA
APD: RENO Fluido, RHAOD/VM, Ext. lesões em mi-

Hipótese Diagnóstica
SADT - Exames Complementares

RAIOS-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Morfina 10mp + Gant 100 - Fazer 3ml vaporizado 3x (até 1000ml de arteria 500ml)
2) Gentamicina 10 EV
3) Gentamicina 250mg EV

Conduta

- Alta por Decisão Médica
- Alta a Pedido
- Alta a Revisão
- Transferência para:

- Ambulatório
- Observação (Até 24h)
- Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

Óbito

Antes do 1º Atendimento? (Sim) (Não) Destino: (Família)

JML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por ricardo.pereira
Data hora: 29/02/2020 23:23:47

* Realizo TC de crânio + el terapêutico
+ Sclerato-avulsão do olho direito

do possivel dano de sequencia
de novo orçamento + parceria
que nos põe de lado
levar o futuro de pais nascos
CRM-RR 2028
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
Dr. Pedro S. I.
C.J.: Ac CC 01 LM
da pena + fixar com
notas de PC + fixar com
firma com L.G. 01/03/20
- detalhe de desgaste
- C.E.: São cada vez mais raras
nos países
- cada vez mais raras
- TLC-SAE houve crescimento em todos e
em todos os países. FC 136,
hipertensão, diabetes, obesidade, inchaço
dúvidas quanto é o tempo e menor
dias. Quando é maior da M3 @ e SPINE.
nos resultados são divididos, os novos
fazendo descontos de um
@ CC

10/03/2020

Anexo 1

NIR

SUS	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			
Ivan Felipe Nequino Rego				178880			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
				/ /		Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1	Fem. <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO			
Ireneide Nequino Rego				DDD	N° DO TELEFONE		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	
R. Ipiranga - 50 - São Vicente				Bom Vista		15 - UF	
16 - CEP				17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
17000-000				Paciente com múltiplos fracturas expostas do pé () + fratura de perna () + Fr. Genital ()		HO HO	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	
Radiografia + RX + ex. FBD				Fractura de perna ()		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
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	
Ortopedista				() CNS () CPF		Dr. p. Ivan Felipe Nequino Rego	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
Dr. Souza				01/09/20		Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RJ 20248	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)							
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE		38 - SÉRIE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO							
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		() EMPREGADO () EMPREGADOR		() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO		() APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
() CNS () CPF				04080500013 → 5822			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		V299			
11/11/20				0408050462 → 5977			



BOLETIM OPERATÓRIO

*uris felipe
negativo*

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 01/05/20

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Exostose da Perna (D) + ferida

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: ATO lúvio co

TIPO DE INTERVENÇÃO: LNC + fixad

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

GNÓSTICO OPERATÓRIO: —

CIRURGÃO: Dr. S. Fausto 1º auxiliar: Dr. Pedro R.

2º auxiliar: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º auxiliar: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

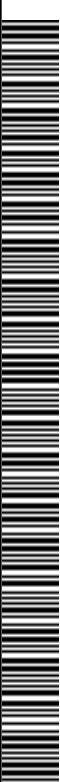
RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1 - Paciente em DDH sob anestesia
- 2 - Assepsia + antisепse + isolante de campo
- 3 - LNC exostose com Sef 0,9%
- 4 - Fixação da Perna com fixador extrínseco 300
- 5 - Fixação de múltiplas fraturas
- 6 - Fratura do pé (D) com fios de克林顿
- 7 - Fixação da ferida com fendas transversais
- 8 - LNC + extirpar granuloma
- 9 - RPA

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

S

Confirman



Observava infusa lesão de partes
molles d'lesão naselar anterior e
coninicação de médo pé

Após a fixação o pé do paciente
permanecia ereto na região
distal e possibilitando a visuali-
zação nasalor principalmente no
nádegas.

(1)
Sporathes Lopez
2011 1259



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
“A memória Patrimonial dos Brasileiros”

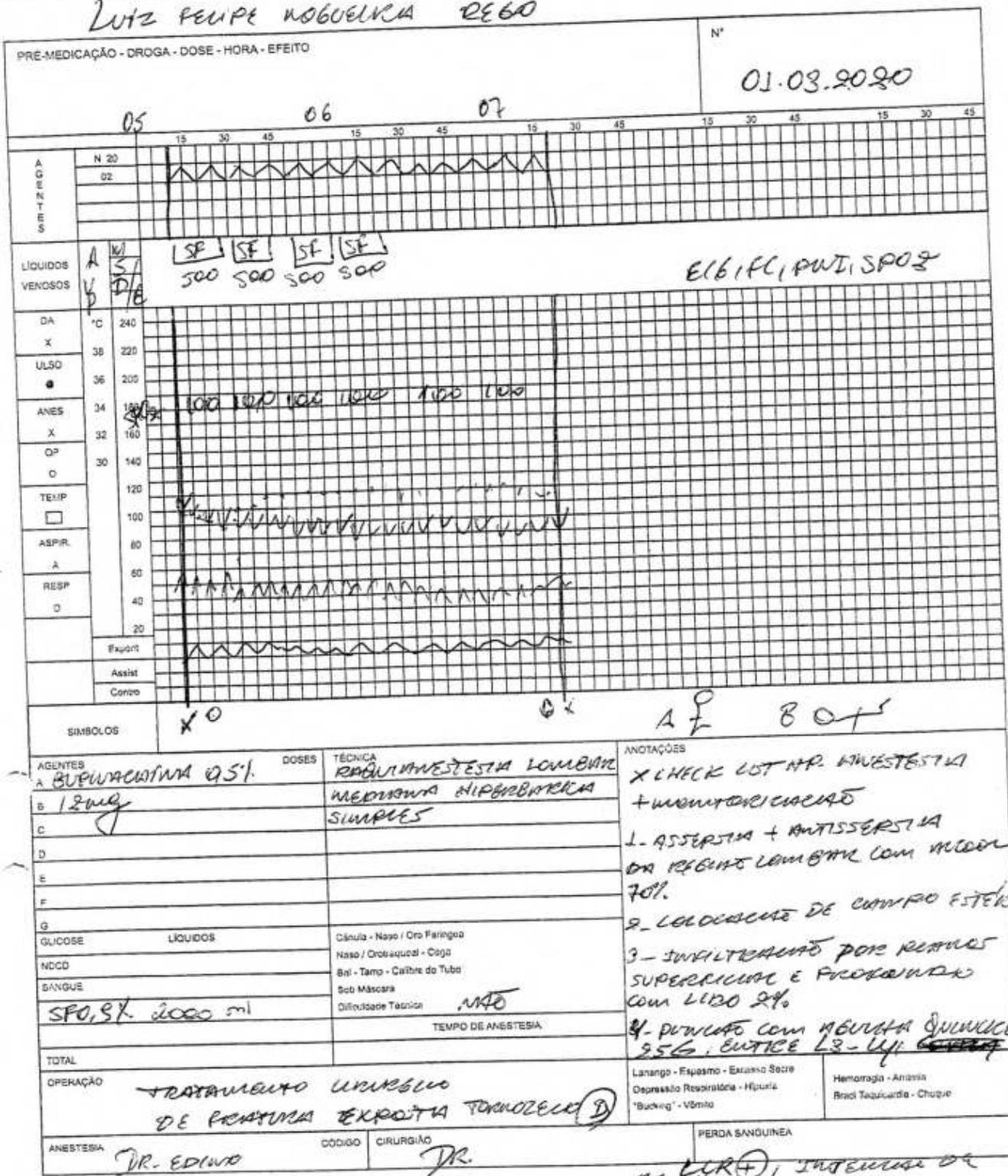
FICHA DE ANESTESIA

Luz Recipe NOGUEIRA REGO

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

630

01.03.2020



R.E. Eversen

200

JURIGÃO

PERDA SANGUINEA

RE EVERSON
Eduardo A. G. Soares
Machaeranthera
CRM 870/BB - ARE 107
EUPHORBIACEA 0,5L 12mg/
SEM INTERCOSSENES
3-CERATOCASCA 
② Encarninosa pacifica spm

PRÉ-ANESTÉSICO

Nome _____ Enf. _____ Unid. _____ Serv. _____
Sexo: _____ Cor: _____ Idade: _____ Peso: _____ Alt: _____ Classe: _____ Data: _____ Hora: _____

Diagn. Pré-OP: _____ Cir. Proposta: _____ Perfil Assist.: _____

Anest. Ant: _____

Alergia: _____

Alcool: _____ Fumo: _____

DROGAS: (Corticosteroide, fenotiazinico, hipotensor, narcotrófico, hipotônico, digitalico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfato, casopressor, IMAO, outros)

Estado Mental: _____ Boca: _____

Pescoco: _____ Veias: _____

RX: _____

Focos: _____

Hepatograma: _____

Outros: _____

Parecer Clínico: _____

PA: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____

Medicação Pré - Ant.	DOSE	VIA	HORA

Sangue: Tipo: _____ Leuc: _____ Ht: _____ Hb: _____

Hm: _____ Ic: _____ Is: _____ p. Lago: _____

r. Coag: _____ Pg: _____ Ureia: _____

creat: _____ Glic: _____ Na: _____ mEq/l: _____

Cl: _____ mEq/lk: _____ mEq/l pH: _____ pO2: _____

pCO2: _____ BA: _____ BB: _____ BS: _____ BE: _____

URINA: r: _____ pH: _____ glic: _____ Alb: _____

Sedim: _____

Ap. gen. Uri: _____

AP. Resp: _____

AP. Circ: _____

AP. Digl: _____

S. Osteo + Art: _____

S. Nerv: _____

S. Endoc: _____

Est. Fis (ASA): _____ AN. Proposta: _____

NB: _____

Assinatura: _____

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

Data: 09/09/2020 Hora: 8:00
Encaixamento paciente REG. Lote: _____
eugenélico - Admete 79 para GT.

NA ENFERMARIA

Data: _____ Hora: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

26 anos.

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
<i>Kluiz. Felipe noqueira Rigo.</i>			<i>01 103 1020</i>

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
<i>TTO cirúrgico de múltiplas Fraturas de pé "D" + Fratura da Tibia + traçau tras esquelética.</i>	<i>05:28</i>	<i>07:30</i>	

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:
<i>Dra. Thonathan</i>	<i>Dra. Edina</i>

1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:
<i>Dra. Pedro Res 1.</i>	<i>Dra. Ever Son</i>

2º AUXILIAR	CIRCULANTE	
	<i>Elizangela M. Djaniro</i>	<i>Thonathan</i>

'PO DE ANESTESIA:	Raqui 05:30.	TEMPO DE DURAÇÃO:
-------------------	--------------	-------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO	<input checked="" type="checkbox"/> 500ml
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<input checked="" 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 1	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº 22		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO CATGUT SIMPLES Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUCÇÃO Nº		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO CATGUT CROMADO Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX Nº		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO PROLENE Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE Nº		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO SEDA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 01ML		<input checked="" type="checkbox"/>	SURGICEL catilir PT 02	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 03ML		<input checked="" type="checkbox"/>	CERA P/ OSSO Atadura 20 cm	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML		<input checked="" type="checkbox"/>	KIT CATARATA Nº aculho Raqui nº 25	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		<input checked="" type="checkbox"/>	GEOFOAM Clorexidine 100-100ml	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 20ML		<input checked="" type="checkbox"/>	FITA CARDIACA Topico 100-100ml	
<input checked="" type="checkbox"/>	Editorades			OUTROS: álcool 70% - 500 ml	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Erika</i> <i>Suellen</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA <i>Elizangela M.</i> <i>Djaniro</i> <i>Thonathan</i>	SUB- TOTAL TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA SOMA ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

ORTOSINTSE IND E COM LTDA
Tel.: 551130484000
FIXADOR LAT FIX C/ BARRA 300
Ref. 4747102 Lot. 19E001531
Registro ANVISA: 10223710095



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS					
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: <u>Ortopedia</u>	Procedimento Realizado: <u>Trepanação de múltiplas Fraturas de joelhos + Fratura de Tíbia + traçado de osteotomia</u>			
Nome do Paciente: <u>Konny Felipe Nogueira Rego</u>	IDADE: <u>26 Anos</u>	SEXO: F () M (<input checked="" type="checkbox"/>)	Nº do Prontuário	Data <u>01/03/2020</u>	
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala <u>I</u>	Circulante de Sala: <u>Elizângela - Silvânia Fonseca</u>	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:					

Dados dos materiais/Serviços

MÉDICO CIRURGÃO: Dr. Jonathan

1º AUXILIAR: 1º Pedro Res

INSTRUMENTADOR:

MÉDICO CIRURGÃO: Lhr - Jonathan

1º AUXILIAR: Mrº - Pedro Res. 1

INSTRUMENTADOR:

VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE

FRONT
OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gómes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 • Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: son.me.hgr@mail.com



正四

卷之三

Data de Nasc: 21/10/1994 Idade: 19 Setor/Leito: 6-T

Data: O9/C3/2025

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Enfermeira: **Erica Wernau J. V. Enfermeira COREN 2541/SAIRR**



Enfermeiro (a): _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO E CHECAGEM	
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Queda	Prevenir queda	<input checked="" type="checkbox"/> Manter grades elevada na RPA	Hora: <u>04 : 50</u> Data: <u>01/11/2020</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração	Prevenir broncoaspiração	<input checked="" type="checkbox"/> Monitor nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutir na RPA	RPA
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Infecção	Prevenir infecção evitável	<input checked="" type="checkbox"/> Observar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor e hipertermia) <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar temperatura e comunicar alterações <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese)	05:20
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Desequilibrio do Volume de Líquidos	Manter o equilíbrio hidrico, eletrólítico e ácido - básico	<input checked="" type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca) <input checked="" type="checkbox"/> Realizar controle de débito de glicemia capilar, se prescrito. Comunicar se abaixo se 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl	05:20
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Glicemia Instável	Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia	<input checked="" type="checkbox"/> Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações <input checked="" type="checkbox"/> Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / secreções	05:20
<input checked="" type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada	Propiciar a recuperação adequada da pele	<input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar alinhamento do corpo do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração)	05:20
<input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade Física prejudicada		<input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação conforme prescrição médica <input checked="" type="checkbox"/> Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar <input checked="" type="checkbox"/> Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica	05:20
<input checked="" type="checkbox"/> Dor aguda	Controle da dor e promover conforto	<input checked="" type="checkbox"/> Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas <input checked="" type="checkbox"/> Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição	05:20
<input checked="" type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz	Proporcionar troca gásosada adequada e manter permeabilidade das vias aéreas	<input checked="" type="checkbox"/> Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente <input checked="" type="checkbox"/> Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós operatório	05:20
<input checked="" type="checkbox"/> Náuseas	Controle / Ausência de náusea		
<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade	Controle de ansiedade		
<input checked="" type="checkbox"/> Confusão Aguda / Crônica			
<input checked="" type="checkbox"/> Comunicação Verbal prejudicada			
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM			
<p>04:50 Paciente admitido em SOI para visitante de rotina de Pedi + Família (5), unicamente nenhuma enfermeira esteve no atendimento.</p> <p>Wendy A. da Silva Regrada Enteimbra Reg. 2541-SAIRR COREN</p>			

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





ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome João Filipe Marinho Vilela
Responsável Cirurgião João Filipe Marinho Vilela

ENTRADA **(Sala Pré Anestésica)**

PACIENTE CONFIRMOU:

- Identidade
 Sítio Cirúrgico
 Procedimento
 Consentimento

Sim Não

RISCO CIRÚRGICO

Aplica Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

Sim Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

K) OXIMENTRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
 Não Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

Não
 Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml

Não
 Sim, e acesso endovenoso adequadamente planejado para fluidos

Cx. WbG 20%

Data 01/11/2020 Assinatura _____
Hora: 16:00

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Edilene

PAUSA CIRÚRGICA **(Sala Operatória)**

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

- Sim Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
 Sítio cirúrgico
 Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumentais, proteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

Não se aplica
 Sim, Qual: 14/11/2020 Hora: 16:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

Sim
 Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA **(Sala Pós Operatória)**

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

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
 Sim Não

- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
 Sim Não Não se Aplica

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

- SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO**
 Sim Não

X) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
 Sim Não Não se Aplica

Assinatura e Carimbo
Fárika Werneck A. da Silva
Enfermeira
COREN 254/154RR

106-3 RCP

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN		
PACIENTE	João Filipe - Traumatologista			
AGNÓSTICO	Fx exposta Perna esq. (D) Fx tib D			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	
IDADE	LEITO		DATA 01/10/90	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			Manten.
3	SF 0,9% 500ML EV S/N 10/12h			10° 22'
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			12-18 20:00
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA			10/12h 06:
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			10/12h (muito doloroso)
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			NTF
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			12-18 20:00
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			12-18
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			Manten.
13	SSVV + CCGG 6/6 H			Anotar
14	CURATIVO DIÁRIO			10-12h
15	Metoclopramida 500mg EV 10/12h			10-12h
16	Cetamina 200mg EV 10/12h			24:
17	Oxiracetam 1000mg de 1000mg			10-12h 10:00
18				10-12h
19	Tramal 250mg + SF 0,9% 250ml EV 200mg 12:00			12:00
20	Tramal 250mg + SF 0,9% 250ml EV 200mg 12:00			20-04:
21	Tramal 100mg + SF 0,9% 100ml 6/6h			22-04-100
22	AD Biopsia S6 S/N			10-12h
23	- D: A26 PAM S/N			Ajuda de Dr. Hugo Magrinha
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				corrigir
24	MORFINA 1AMPOLA + AD: S/N - FAZER S/N AGORA			10-12h: 160mg/dl
EVOLUÇÃO MEDICA: #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO : BEG, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO : RX: # CONDUTA : MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA : # PREVISÃO DE ALTA :				Dr. Pedro de S. Paula Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 2028
SINAIS VITAIS				MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H	162/93	114	-	

06 149/91 97 -

18:00
PA: 148/72
Fr: 128
Ieu: 300ml

04 03 2020
 Luis Feliz Nogueira Rigo
 CH 0714200128030 274 ml.
 1 +
 A +
 9:00 35,5 75x47 122 74
 9:15 35,7 101x61 107 19
 10:24 35,7 115x86 128 20
 Joffrey G
 Isabel Filizzola
 Entermeira
 COREN-RR 56.784-ENT

01.03.2020
Luis Felipe Nogueira Rego
CH 0714200428071
A A +
10:50 358 103X63 119
11:05 357 120X63 121 16
12:36 358 141X88 117 20 20
Giovana O.
Guilherme Reis
Kamila 01/03/2020 16:00

varia
Pecas emendas metidas de matalhal semelhante
Pais 108.
Ajuste - - medeado, matalhal, aguarrá, matalhal
vis. pulso adiante aumenta pulso T P 34.
poxi " gradient tempo e 1/3 maior do se.
Sulco lab. matalhal C 14

*Victor
Oscar
Boggs*

106-3



GONZO DO RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO		
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE FEMUR, Perna e Pé Direito		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	106-3	DATA 02/03/2020
ITEM			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	AVP		Mornha 24:06
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H		24:06
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H		10:22
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H		24:06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA		06
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N		SN
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II		SN 22
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SN
11	TILATIL 20MG EV DE 12/12H		10:22
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA		10:
13	CURATIVO		Optima
14	SSVV + CCGG 6/6H		Optima
15			
16			
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO,
REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM
QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO,
ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES
FISIOLOGICAS PRESERVADAS , EM USO DE FIXADOR
EXTERNOS EM MID

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140x80	95	19	36.7°C
18 H	166x94	90		36.3°C
24 H	140x90	105	-	36.8

As 12:00h Paciente no Leito, afiado
sua, segue sem queixas nos
acuidados da equipe de enfermagem

Geovane Melo de Souza
COREN-RR 292.369-TE

Geovane P. Mendes
de Enfermagem
CRM-RR 659.230-TE

106-3



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO			
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE FEMUR, Perna e Pé Direito			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE		LEITO	106-3	DATA 03/03/2020
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SN
2	AVP			am 20h 22h
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H			12h 20h
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H			12h 20h
5	GENTAMICINA 240MG EV 1X DIA			20h
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			20h
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N			SN
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 12/12H			12h 20h
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			SN
10	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H			12h 20h
11	TILATIL 20MG EV DE 12/12H			12h 20h
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA			16h
13	CURATIVO DIÁRIO			SN
14	SSVV + CCGG 6/6H			SN
15	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO,
REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,
FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM
QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO,
ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES
FISIOLOGICAS PRESERVADAS , EM USO DE FIXADOR
EXTERNO EM MID

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/90	73	19	36,5°C
18 H	150/95	110		36°C
24 H	110/80	112		36°C

dextro. 150 mg/dl

18:00h: abrindo mudos agas 01-11
furozurípicando

106-3
Tec. Enfermagem
CUREMA 03.942.77

VBS: Ans 12:00 do dia 03/03/20, o paciente no leito medicado com
10ml interconexão e bombola no leito e não quis trocar o
lençol e segue os cuidados da enfermagem.



Luis Felipe Neves Rizzo

03.03.2020 — Ano 2010-3

Pronto com muitos furos, em
instrumentos de Orthoped.

Re (1) : ~~suturas~~ com ~~peito~~
molas em definição do leito arterial no
fuso dorsal. Não há risco de necrose
definitiva e os furos estarão bem reabsor-
víveis.

→ amarra liga e obtem
definição do topo da
peito molas


Dr. Sérgio Brito
Cirurgia Vascular
CRM-RR 766



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE ENCAMINHAMENTO – HGR/CMECM
CLASSIFICAÇÃO VERMELHA

PACIENTE:	SUS
ENDEREÇO:	BAIRRO:
NOME DA MÃE:	SEXO: ()MASC ()FEM
DATA DE NASCIMENTO: _____ / _____ / _____	IDADE:
CPF: _____	FONE:

ESPECIALIDADE

SOLICITADA:

DATA DA ALTA HOSPITALAR:

DIAGNOSTICO NA INTERNAÇÃO:

CID:

DOENÇAS PREVIAS:

MEDICAÇÃO DIÁRIA:

RESUMO DA INTERNAÇÃO (JUSTIFICATIVA DE SEGUIMENTO):

RESULTADO DE EXAME VINCULADO AO ACOMPANHAMENTO:

TRATAMENTO INSTITuíDO PÓS ALTA:

DATA:

MÉDICO
(ASSINATURA E CARIMBO)

AGENDAMENTO - CECM

ESPECIALIDADE:

DATA: _____ / _____ / _____

HORA: _____ HS

MÉDICO:



Pronto Atendimento Dr. Airton Rocha
Av.Brigadeiro Eduardo Gomes n.º 3308, Bairro Aeroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR,
Tel. (95)2121-0610



Evolução do Curativo

Núcleo de Enfermagem em HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <i>LW/AN</i>	Celipe Nogueira Reis	Data: <i>03/103/2020</i>	Leito: <i>HG6. 3</i>

Localização		Região: <i>Midi</i>		Região: <i>Midi</i>
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfavelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfavelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: <i>equimose</i> <i>picada</i>	
Tipos de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		<input checked="" type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: <i>equimose</i> <i>picada</i>	
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<i>Adonilide Vieira Araujo</i> <i>Técnica em Enfermagem</i> <i>COREN-RR 507795/TE</i> <i>Rosineide Nunes</i> <i>Técnica em Enfermagem</i> <i>COREN-RR 779677</i> <i>Erisetei Correia</i> <i>Técnica em Enfermagem</i> <i>COREN-RR 507795/TE</i> <i>Brisetei Correia</i> <i>Técnica em Enfermagem</i> <i>COREN-RR 507795/TE</i> <i>Treza</i> <i>Técnica em Enfermagem</i> <i>COREN-RR 468579-ENF</i> <i>Coron-RR 468579-ENF</i>		<i>Adonilide Vieira Araujo</i> <i>Técnica em Enfermagem</i> <i>COREN-RR 507795/TE</i> <i>Erisetei Correia</i> <i>Técnica em Enfermagem</i> <i>COREN-RR 507795/TE</i> <i>Brisetei Correia</i> <i>Técnica em Enfermagem</i> <i>COREN-RR 507795/TE</i> <i>Treza</i> <i>Técnica em Enfermagem</i> <i>COREN-RR 468579-ENF</i> <i>Coron-RR 468579-ENF</i>	
Observações:				



Evolução do Curativo

Núcleo de Enfermagem em HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Tratamento de Feridas – Etiologia	Paciente: <i>Kris</i> <i>Felipe No Melo</i> Leito: <i>106.3</i>			Data: <i>03/10/2020</i>
Localização	Região: 	Região: 	Região: 	Região:

() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma : <u>01</u> Traction — Fixador Externo () ortopedia	() Trauma : <u>01</u> Traction — Fixador Externo () ortopedia
() Outro:	() Outro:
() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	() Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros
() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
() Outro:	() Outro:
() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco
() Outro:	() Outro:
() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
() Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h () 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Adonide Ferreira Araujo Técnica Enfermagem COREN-MT 507.957TE Assinado em 01/10/2020 Assinado em 01/10/2020 Assinado em 01/10/2020 Assinado em 01/10/2020
Observações:	



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

GOVERNO DO RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HGR

106-3

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO			
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE FEMUR, Perna e Pé DIREITO			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	106-3	DATA	04/03/2020
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND		
2	AVP	Manten		
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	NDF 18/03/2020		
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	10/03/2020		
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H	12/03/2020		
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	02/03/2020		
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	SN		
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN	SN		
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	SN		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN		
11	TILATIL 20MG EV DE 12/12H	16/03/2020		
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	06/03/2020		
13	CURATIVO	Realizm		
14	SSVV + CCGG 6/6H	Rotina		
15				
16				
<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUÍIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS , EM USO DE
FIXADOR EXTERNO EM MID, LESÃO EXTENSA EM PÉ DIREITO.

SINAIS VITAIS	15x90	94	—	36.6C	DR AUGUSTO CAVALCANTE
6 H	PA	FC	FR	—	CRM-RN
12 H	131x84	707	—	36.6C	RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
18 H	136x83	106		36.	TRAUMATOLOGIA
24 H	130x84	104	-	37.2	

Quirurgia 6h 100ml

06h Verificado SSVV, administrado med

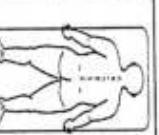
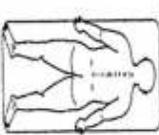
Naides A. Oliveira
Técnica de Enfermagem
COREN-RN 903.898 TF

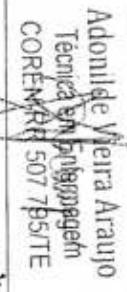
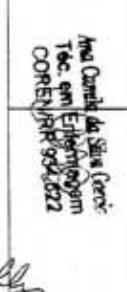
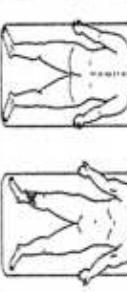
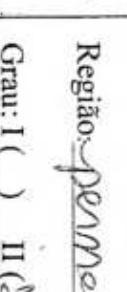
Plantão Motivado 04/03/2020
Realizado Unidade + SISU
+ outras em CP 21



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Tratamento de Feridas –	Paciente: <i>Luis Felipe Nogueira Reis</i>			
Etiologia	Leito: <i>106.3</i>	Data: <i>04/03/2020</i>		

Localização	Região: <i>pé no joelho</i>	Região: <i>pé no joelho</i>		
				
	Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>		
Etiologia	<p>() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular</p> <p>() Trauma: <u>1/4</u> Traction _____ Fixador Externo () ortopedia</p> <p>() Outro:</p>	<p>() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular</p> <p>() Trauma: _____ Traction <u>OL</u> Fixador Externo () ortopedia</p> <p>() Outro:</p>		
Aparência do Leito	<p>() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização</p> <p>() Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros</p>	<p>() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização</p> <p>() Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros</p>		
Pele Perilesional	<p>() Normal () Macerado  seca () Eritema / Rubor</p> <p>() Outro:</p>	<p>() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor</p> <p>() Outro:</p>		
Tipo de Exsudato	<p>() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo  Seco</p> <p>() Outro:</p>	<p>() Purulento  Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco</p> <p>() Outro:</p>		
Quantidade de Exsudato	<p>() Molhado () Úmido  Seco</p>	<p>() Molhado  Úmido  Seco</p>		
Solução de Limpeza	<p> Soro Fisiológico 0,9%  Clorexidina 2% () Álcool 70%</p>	<p> Soro Fisiológico 0,9%  Clorexidina 2% () Álcool 70%</p>		
Cobertura primária	<p> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel</p> <p>() Outro: <u>espuma de gel</u></p>	<p> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel</p> <p>() Outro:</p>		
Troca	<p>() 12/12 () Diário   () 48/48h</p>	<p>() 12/12 () Diário   () 48/48h</p>		
Profissional que realizou procedimento:	<p>Adonildete Vieira Araujo <i>Ass. Odont. da Sua Clínica</i> Téc. em Enfermagem <i>Tec. em Enfermagem</i> COREN-MT 607 795-TE <i>COREN-MT 607 795-TE</i></p>	<p>Adonildete Vieira Araujo <i>Ass. Odont. da Sua Clínica</i> Téc. em Enfermagem <i>Tec. em Enfermagem</i> COREN-MT 607 795-TE <i>COREN-MT 607 795-TE</i></p>		
Observações:	<p><i>Padrão de curativo seco</i></p> <p><i>Atenção: fundo do leito</i></p> <p><i>Máscara e luva para troca</i></p> <p><i>Coren-MT 607 795-TE</i></p>			

EVOLUÇÃO DO CURATIVO		Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Paciente: <u>J. V. J. P. M. R.</u>	Leito: <u>100.2</u>	Data: <u>04/03/2020</u>		
Localização	 	Região: <u>penis diafráctite</u>	 	Região: <u>pele diafráctito</u>	
Etiologia	(<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?*) (<input type="checkbox"/> Queimadura (<input type="checkbox"/> Cirurgia (<input type="checkbox"/> DM (<input type="checkbox"/> Vascular (<input checked="" type="checkbox"/> Trauma : <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo (<input type="checkbox"/> ortopedia (<input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I (<input type="checkbox"/>) II (<input checked="" type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?*) (<input type="checkbox"/> Queimadura (<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia (<input type="checkbox"/> DM (<input type="checkbox"/> Vascular (<input checked="" type="checkbox"/> Trauma : <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo (<input type="checkbox"/> ortopedia (<input type="checkbox"/> Outro: <u>FIO</u> <u>Je</u> <u>Anchear</u>	Grau: I (<input checked="" type="checkbox"/>) II (<input type="checkbox"/>)	
Aparência do Leito	(<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra (<input type="checkbox"/> Esfacelo (<input type="checkbox"/> Granulação (<input type="checkbox"/> Epitelização (<input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada (<input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda (<input type="checkbox"/> Outros		(<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra (<input type="checkbox"/> Esfacelo (<input type="checkbox"/> Granulação (<input type="checkbox"/> Epitelização (<input checked="" type="checkbox"/> Ferida Fechada (<input type="checkbox"/> Dreno/Sonda (<input type="checkbox"/> Outros		
Pele Perilesional	(<input type="checkbox"/> Normal (<input type="checkbox"/> Macerado (<input type="checkbox"/> seca (<input type="checkbox"/> Eritema / Rubor (<input type="checkbox"/> Outro:		(<input type="checkbox"/> Normal (<input type="checkbox"/> Macerado (<input type="checkbox"/> seca (<input type="checkbox"/> Eritema / Rubor (<input type="checkbox"/> Outro: <u>edema</u> <u>Macerado</u>		
Tipo de Exsudato	(<input type="checkbox"/> Purulento (<input checked="" type="checkbox"/> Seroso (<input type="checkbox"/> Sanguinolento (<input type="checkbox"/> Serossanguíneo (<input type="checkbox"/> Seco (<input type="checkbox"/> Outro:		(<input type="checkbox"/> Purulento (<input type="checkbox"/> Seroso (<input type="checkbox"/> Sanguinolento (<input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo (<input type="checkbox"/> Seco (<input type="checkbox"/> Outro: <u>Serossanguínea</u> <u>Noxa</u>		
Quantidade de Exsudato	(<input type="checkbox"/> Molhado (<input checked="" type="checkbox"/> Úmido (<input type="checkbox"/> Seco		(<input checked="" type="checkbox"/> Molhado (<input type="checkbox"/> Úmido (<input type="checkbox"/> Seco		
Solução de Limpeza	(<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% (<input type="checkbox"/> Álcool 70%		(<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% (<input type="checkbox"/> Álcool 70%		
Cobertura primária	(<input checked="" type="checkbox"/> Gaze (<input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase (<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata (<input type="checkbox"/> Hidrogel (<input type="checkbox"/> Outro:		(<input checked="" type="checkbox"/> Gaze (<input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase (<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata (<input type="checkbox"/> Hidrogel (<input type="checkbox"/> Outro:		
Troca	(<input type="checkbox"/> 12/12 (<input type="checkbox"/> Diário <u>manha</u> (<input type="checkbox"/> 48/48h		(<input type="checkbox"/> 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/> Diário <u>manha</u> (<input type="checkbox"/> 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE	<u>Ana Paula F. da Silveira</u> Tec. em Enfermagem COREN-RR 946.622 <u>Carolina Ribeiro</u> Tec. em Enfermagem COREN-RR 932.631	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 795/TE	<u>Ana Paula F. da Silveira</u> Tec. em Enfermagem COREN-RR 946.622 <u>Carolina Ribeiro</u> Tec. em Enfermagem COREN-RR 932.631	
Observações:	<u>Blistecto</u> <u>Cerrado</u> <u>Gotado</u> <u>Características</u> <u>Tratamento</u> <u>Corren-RR 463.579-ENF</u>				

106-3



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HG
H. G. D.
Ass. P. C.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO			
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE FEMUR, PERNAS E PÉ DIREITO			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	100-3	DATA	03/03/2020
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S/N		
2	AVP	Horário		
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	18-24 06		
4	CIPROFLOXACÍNICO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	18-24 06		
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN	01-20	3:15 SN	16:00
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA		06	
7	PLASIL 10MG EV 8/SH S/N		SN	
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR		SN	18-15 06
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		SN	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SN	
11	Leflunomida 16 mg 12/12h		10-22	
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA		16	
13	CURATIVO		Frediano	
14	SSVV + CCGG 6/6H		Rúbrica	
15				
16				
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, EM USO DE
FIXADOR EXTERNO EM MID, LESÃO EXTENSA EM PÉ DIREITO, AGUARDA RESOLUÇÃO
DO QUADRO. OSTEOSINTSE DE FEMUR PROGRAMADA PARA DIA 6/4/2020 PELA
MANHÃ.

06/03/2020 = 325174 FC = 95 T =

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE
6 H	PA	FC	FR	CRM-RR
12 H	106/60	68	36	RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
18 H	152/81	102	375	TRAUMATOLOGIA
24 H	138/72	93	35-36	

Luciene A. L...
Téc. em Enfermagem
CRM-RR 866.340-11

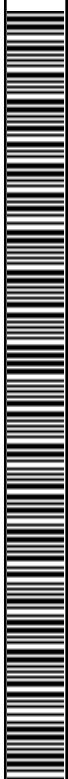
12h. medicado c.g.m. qd-
rido SSVV, sepe as
enfildes.

Instituto de Agen-
tia de Agente
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 54997-TE

Am. medições CRM paciente
queixa-se de dor adm. med. diri-
gona 2 ml. EV. Também diz que não
consegue dormir nem descansa de dor
e mobilidade limitada. Queixa-se de dor
na articulação do joelho e dor no tornozelo com 100%.

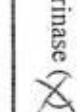
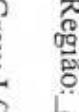
JB

-19h
Paciente medicado
Alencar SSUSS
Eduarda Nilma de Souza K...
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 361219-AUX



Evolução do Curativo

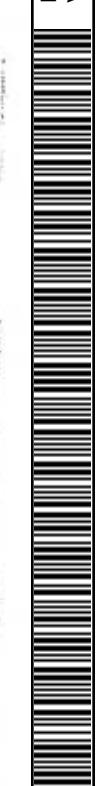
Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Tratamento de Feridas –	Paciente: LUIZ ELIPE NOGUEIRA			
	HGR	Leito: 106-3	Data: 05/12/2020	

Localização	 	Região: MIO	 	Região:
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> () Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> () Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Outro:
Aparência do Leito	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Outro:
Pele Perilesional	() Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Outro:
Tipo de Exsudato	() Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido () Seco	() Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido () Seco	() Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido () Seco	() Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido () Seco
Quantidade de Exsudato	() Solução de Limpeza () Cobertura primária	() Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	() 12/12	<input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h	() 12/12	() Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Pereira Pereira, P. N. Viana, Rosangela Enfermeira 118671 Brumado de Piatã, BA CORONAVIRUS Auxiliar de Enfermagem CORONAVIRUS Bacharel em Enfermagem CORONAVIRUS	Rosangela Enfermeira 118671 CORONAVIRUS Vale da Cachoeira CORONAVIRUS		
Observações:				

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo n° 1 Paciente: <u>Joaquim Felipe Noagueno Rijo</u> Leito: <u>206 - 3</u>	Versão:08 Data: 06/03/2020	Elaborada: 02/2013 Atualizada: 2/2020
------------	---	--	-------------------------------	---

Localização	Região:	Região:		
	<u>M.T.D (Pé)</u>		<u>M.T.D (Pé)</u>	
	<u>M.T.D (Pé)</u>		<u>M.T.D (Pé)</u>	
Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>	
() LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular	() LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular	() LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular	() LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular	
(X) Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Traction <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia	() Trauma: <input type="checkbox"/> Traction <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia	() Trauma: <input type="checkbox"/> Traction <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia	() Trauma: <input type="checkbox"/> Traction <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia	
() Outro:	() Outro:	() Outro:	() Outro:	
Aparência do Leito	(X) Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização	() Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização	() Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização	
() Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros	() Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros	() Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros	() Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros	
Pele Perilesional	() Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input checked="" type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor	(X) Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input checked="" type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor	(X) Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input checked="" type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor	
() Outro:	() Outro:	() Outro:	() Outro:	
Tipo de Exsudato	() Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco	() Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco	() Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco	
Quantidade de Exsudato	() Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	() Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	() Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	
Cobertura primária	() Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	() Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	() Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	
Troca	() 12/12h <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	() 12/12h <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	() 12/12h <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	 Enfermeira Sônia Carlos Regente Entfermagem 172	 Enfermeira Sônia Carlos Regente Entfermagem 172	 Enfermeira Sônia Carlos Regente Entfermagem 172	
Observações:				

**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**

Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Tratamento de Feridas -	Paciente: <i>José da Silva Mota</i>			
HGR	Leito: <i>106 - 3</i>		Data: <i>06/03/20</i>	

Localização	Região:	Região:	
	<input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV		<input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Traction <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:		
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros		
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <i>Edema</i>		
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro:		
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<i>Maria de Lourdes N. Viana Auxiliar de Enfermagem LIA LOURDES VIANA CREF/RR 000 423 579</i> <i>JORNAL DA PAULISTA 031 - TE ROBÉRIO MIGUEL DEODORO ROBÉRIO MIGUEL DEODORO CREF/RR 000 423 709</i> <i>Ribeirão Preto - São Paulo - SP - CEP 14040-000</i> <i>Maria de Lourdes N. Viana Auxiliar de Enfermagem LIA LOURDES VIANA CREF/RR 000 423 579</i> <i>JORNAL DA PAULISTA 031 - TE ROBÉRIO MIGUEL DEODORO ROBÉRIO MIGUEL DEODORO CREF/RR 000 423 709</i> <i>Ribeirão Preto - São Paulo - SP - CEP 14040-000</i>		
Observações:			

106-3



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

BUSCA DE ASSINATURA:
Hospital Geral de Roraima

Assinatura

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO		
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE FEMUR, PERNAS E PÉ DIREITO		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	08/03	DATA 08/03/2020
ITEM			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		17/03
2	AVP		17/03
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H		17/03
4	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12H		17/03
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN		17/03
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA		06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		17/03
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN		17/03
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		17/03
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		17/03
11			
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA		17/03
13	CURATIVO		Reativo
14	ISSVV + CCGG 6/6H		Reativo
15	DESMAME DE SVD		
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, EM USO DE
FIXADOR EXTERNO EM MID, LESÃO EXTENSA EM PÉ DIREITO, AGUARDA RESOLUÇÃO
DO QUADRO. OSTEOSINTSE DE FEMUR PROGRAMADA PARA DIA 5/4/2020 PELA
MANHÃ.

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE
6 H	PA	FC	FR	CRM-RR
12 H				RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
18 H	150/90	93	3558	TRAUMATOLOGIA
24 H	140/90	98	36	

06/4/120/10/90 | 362

Dr. Iderson P. Silva
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1733 RQE 676

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Tratamento de Feridas –

Paciente: 1 | Versau, 00

Baudotada: 02/2013 Atualizada: 2/2020

106-3



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO

DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR, Perna e Pé Direito

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

LEITO

106-3

DATA

09/03/2020

ITEM

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 AVP

3 CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H

4 CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12H

5 DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN

6 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA

15:30

7 PLASIL10MG EV 8/8H S/N

8 TRAMAL 100MG + 5F0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN

9 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

10 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

11 ao hc

12 CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA

13 CURATIVO

14 SSVV + CCGG 6/6H

15 DESMAME DE SVD

12/11/16/17 20 22 24 02 04 UX

16

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇOES FISIOLOGICAS PRESERVADAS , EM USO DE
FIXADOR EXTERNO EM MID, LESÃO EXTENSA EM PÉ DIREITO, AGUARDA RESOLUÇÃO
DO QUADRO. OSTEOSSINTSE DE FEMUR PROGRAMADA PARA DIA 6/4/2020 PELA
MANHÃ. TRANSFIRO PACIENTE AO HC

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	146x87	99	36
18 H	13+78	100	33,6
24 H			

DR AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-RR
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

12:00h / dolor intensificad o p.m.
executo irr 3. não tem no sutor
Som verificados
09h: Paciente foi transferido P/HC

18h Pct medo
do Co P.M. illa
item 03, por
farmacia n
disponibilidade
item 08 or
sutor da 1

HG

Acarauá

108-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA

Eu Júlio Felipe Nogueira Reis, CPFnº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirme que recebi explicações, li, comprehendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 09 de Outubro de 2020.

Assinatura do paciente: Júlio Felipe Nogueira Reis

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome: _____

CPFnº: _____

Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirme que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s) / procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 _____. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____



106-2

106-3

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 01/11/2020

PACIENTE: José Felinto Al. P. 2012 DN: 31/01/36

DIAGNÓSTICOS: Parâmetros vitais normais. Sem sintomas.

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: (B)

2- PACIENTE: ACAMADO DEAMBULA O2 SUPLEMENTAR

3- DIETA: VIA ORAL SNE OUTRA

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? SIM NÃO
 AGUARDANDO

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? SIM NÃO
 AGUARDANDO

6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? SIM NÃO
 AGUARDANDO

7- POSSUI ALGUMA APÁC MARCADA/AGENDADA? SIM NÃO
 AGUARDANDO

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS:
PA: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____ SATO2: _____

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Boa Vista, 01 de Nov/20 de 2020. Hora: _____

Augusto Carreirante
Médico
CRM/RN 1564

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE
Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:
 HC HLI HMI OUTRO _____

16/03/2020

... Guia de Atendimento 17 ...

(67)

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1^a Classificação Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde Vermelho
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Laranja
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 Amarelo
Verde Azul Ass.

Reclassificação
() Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
() Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
() Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

2001231269	16/03/2020 16:53:25	FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA			DIURNO 07-19	175		
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO		21/01/1994	26 A 1 M 26 D			00178880		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
Mãe				M		PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
Endereço	ANADE NOGUEIRA REGO						Contato	
RUA - ARARICUERA - SN - SAO VICENTE - BOA VISTA - RR							(95) 99102-0009	Ocupação
Class. de Risco	Plano Convênio	N° da Carteira			Validade	Autorização	Sis Prenatal	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE								
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.			Procedência	Temp.	Peso	Pressão
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA							
Setor	Tipo da Chegada				Procedimento Sol.	Registrado por:		
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTANEA					DAIANA.KELLE		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem	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)	<i>Paciente encaminhado de Hc para desbridamento em pé</i>							
Exame Físico								
Classe,								
Hipótese Diagnóstica								
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TCO <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO		
<i>Inovação Pela Cura</i>								
<i>Prescrir Dr. MAY</i>								
<i>Don Silva Martins</i> <i>Médico</i> <i>CRM-RR: 2038</i>								
<i>RESIDENTE</i>								
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência para: <i>Interno geral</i> Data e Hora da Saída/Alta: / / : :							
Óbito								
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica							

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: daiana.kelle
Data Hora: 16/03/2020 16:54:08



E2020
001231269
BR - Roraima - Brazil
06.1201 - 01.00000

05/04/2020

E. Transf:0610412020

Laudo Para Solicitação De A. I. H.

Bloco E L-34

SUS 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 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR			2 - CNES 231965-9		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR			4 - CNES 231965-9		
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO			6 - Nº. DO PRONTUÁRIO 00178880		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO 21/01/1994	9 - SEXO 1 - Masculino	10 - RAÇA / COR PARDA
11 - NOME DA MÃE ANAIDE NOGUEIRA REGO			12 - TELEFONE DE CONTATO (95) 99102-0009		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO			14 - TELEFONE DE CONTATO (95) 99102-0009		
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA: ARARICUERA - SN - SAO VICENTE			16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BOA VISTA		
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO-18 - UF 140010 RR			19 - CEP		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº. DO DOCUMENTO (CENS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE	
CIRURGIA GERAL		ELETIVO	C. N. S.	980016282732587	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)	
DALSON DENIS DA SILVA FEITOSA		05/04/2020			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
36 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº. DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ DA EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
38 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
<input type="checkbox"/> EMPREGADO		<input type="checkbox"/> EMPREGADOR		<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO	<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO
				<input type="checkbox"/> APOSENTADO	<input type="checkbox"/> NÃO SEGURO
AUTORIZAÇÃO					
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO		49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
<input type="checkbox"/> CNS		<input type="checkbox"/> CPF			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)			
/ /					



Nome:

Luis Felipe Nogueira Pinto

Data de Nasc: 21/10/1994 Idade:

Data: _____ / _____ / _____

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

SRPA

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		INTRA-OPERATÓRIO		SRPA	
Cirurgia Proposta: <i>França</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	Entrada na Sala	Ínicio da Anestesia	Ínicio da Cirurgia	Término da Cirurgia
Reserva de Hemoderivados: <input checked="" type="checkbox"/> Sim (<input type="checkbox"/> Não)					
Outros: <input checked="" type="checkbox"/> Chegou ao Centro Cirúrgico: <input checked="" type="checkbox"/> Deambulando <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Com Suporte de O2 <input checked="" type="checkbox"/> TOT <input checked="" type="checkbox"/> Agitado					
B. Sinais Vitais: T _____ °C R _____ bpm FC _____ bpm PA <u>150x89</u> mmHg SAT <u>99</u> % () Regular () Irregular					
4. Anotações (Admissão do Paciente): <i>Paciente fez urina fracionada</i>		Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Manguito PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Venoclise 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote		Entrada	
Fluxo (S) e Fluxo (M) e Fluxo (R) <i>Fluxo (S) e Fluxo (M) e Fluxo (R)</i>		Hora	Medi- cação	CH	SNG/ Volumen
					Dreno/Qual
					Horas
					SVO/Aspecto
					Dreno/Qual
					Outros
13. Outros: <i>_____</i>					
Sinais Vitais: Saída da SO T _____ °C R _____ bpm PA _____ mmHg SAT _____ % () Regular () Irregular					
Destino: () SRPA () UTI () outros: <i>_____</i>					
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)					



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Júlia Flávia Nogueira de Souza
Responsável Cirurgião Dra. Ana Lúcia

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- () Identidade
() Sítio Cirúrgico
() Procedimento
Consentimento () Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO
() Aplica () Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO
() Sim () Não () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUÍDA

OXIMENTRO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUÍDA

OXIMENTRO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

ALERGIA CONHECIDA
() Não () Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
() Não
() Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml
() Não
() Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data / / Assinatura _____
Hora: _____

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Aclomina

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- () Identificação do paciente
() Sítio cirúrgico
() Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

() REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

() REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

() REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo o resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou qualquer preocupações.

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

- () Sim () Não () Não se Aplica
() Sim, Qual: _____ Hora: _____

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

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

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

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

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

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
() Sim () Não () Não se Aplica
() Sim, Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

Data _____ Assinatura _____
Hora: _____

Assinatura e Carimbo _____





GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	INIS FELIPE NOGUEIRA REBO			
DIAGNÓSTICO	FX EXP FEMUR + OSSOS PÉTALA + PÉS.			
ALERGIAS	HAS			
IDADE	LEITO	L-40	DATA	07/11/2020
ITEM	HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE	SN		
2	AVP	manter		
3	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H	12:18 24/06		
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	06		
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SN		
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IM	SN		
7	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	SN		
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN		
9	TILATIL 20MG EV 12/12H	02		
10	Hidrocodona 500mg EV 1X AO DIA	16		
11	CAPTRANE 10mg SC 4X DIA	16		
12	SSVV + CCGG 6/6H			
13	AO HOSPITAL PETACURAMA			
14	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,
FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORÁDO,
HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	140x90	103	37.2
18 H			
24 H			

Don Martina
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2038

11.500 EXTR: 100mg/00



ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

DATA
HORA

06/09/2020

EVOLUÇÃO

Fuerstl. Art. f. die Neuzeit Herz (264)

BN: 21/01/1894

DX final. forms

*Pájaro con Aleros fijos ni forma ni
fuerza (1) con garras curvadas, Pata
tritacorvos curvados encorvados sobre el piso
ni torso ni pico.*

Rosat & Amor fizeram as reformas de
Santos e fizeram um círculo de crentes.

Clegg

Bruno Vieira
CRM 1231 RR
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

ASSINATURA:

CRM:





Bloco 5 - Bloco 40

A caminho

H.C

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

Eu Cris Felipe Nogueira Reis CPFnº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirmo que recebi explicações, li, comprehendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 06 de ABRIL de 2020.

Assinatura do paciente: _____

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPFnº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s) / procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, 06 de 04 de 2020. Hora: 14:10

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM 1904/RL



HGR: BL - E-34

342
HC



HOSPITAL DAS CLINICAS Dr. WILSON FRANCO
RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL
GERAL DE RORAIMA/HGR

DATA: 5 / 4 / 2020
PACIENTE: Luis Felipe Moreira Rego DN: 1 / 1
DIAGNÓSTICO(S): Fratura exposta fêmur + ossos da perna

DIH: 1 / 1

KANBAM: Dieta:

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA 1 / 1): Hb: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: K: Ca: Cl:

HCO³: PH: BE: PO²: PCO²:

EAS:

CULTURAS (1 / 1):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA 1 / 1): Hb: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:

Cl: HCO³: PH: BE: PO²: PCO²:

EAS:

IMAGEM

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA:

EVOLUÇÃO CLINICA:

Permaneço com ameaça acusado
Para o dia 06/04 para manha

Boa Vista, 05 de Março de 2020. Hora: 10:00
Dr. Marcelo Marques
Médico CRM-1918/RR

CRM 1918

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/carimbo do Médico Dr. Adelio Túlio Portes
CRM-SP 240906
CRM-RR 749

CRM 749

NIR

50 Tramitado 17/10/2020

<input type="checkbox"/> SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		3 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			
4 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		5 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		178880	
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		7 - DATA DE NASCIMENTO	
7 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		21/01/94	
8 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)		9 - SEXO	
9 - Rua Oranha		M	
10 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		11 - TELEFONE DE CONTATO	
11 - São Luís		95 990020009	
12 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		13 - UF	
13 - São Luís		14 - CEP	
15 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
Paciente com Rx exoesrte fêmur + osso fêmur + lesão necrótica.			
16 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
17 - CONDIÇÕES QUANTITATIVAS DA INTERNAÇÃO			
A) Interno			
18 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Rx de Chirurgia e Radiologia			
19 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			
Rx exoesrte fêmur			
20 - PROCEDIMENTO SOLICITADO			
INTERNAÇÃO			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 ASSOCIADAS			
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
Don Silva Martins			
25 - CLÍNICA			
26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
27 - DOCUMENTO			
() CNS		() CPF	
28 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
Don Martins			
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
32 - ASSINATURA E CARIMBO (NP) DO REGISTRO DO CONSELHO			
RFIDENNE ORTOPÓDIA			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO			
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
1 - EMPREGADO 2 - EMPRESA			
36 - CNPJ DA SEGUROADORA			
37 - N° DO BILHETE			
38 - CNPJ EMPRESA			
39 - N° DO BILHETE			
40 - CNPJ DA EMPRESA			
41 - CDDP			
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
43 - AUTORIZAÇÃO			
44 - CÓD. ORGÃO EMISOR			
45 - DOCUMENTO			
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
() CNS		() CPF	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
48 - ASSINATURA E CARIMBO (NP) DO REGISTRO DO CONSELHO			
BRA OF			

Luis Felipe Nogueira Reago

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE	Luis Felipe Nogueira Reago		
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA PERNAS + OSSES PERNA + PÉ D + NICOSE		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	DATA	NEGA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO		
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SIN X/2015	20-02	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	10-04/2015	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	20-02	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	10-04/2015	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	10-04/2015	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	10-04/2015	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H X/2015	04/03/2015	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H X/2015	04/03/2015	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
13	SSVV + CCGG 6/6 H		
14	CURATIVO DIÁRIO		
15	CHOCOLATE 40mg SC 1x ao dia X/2015		
16			
17			
18	Silva Martins Médico CRM-RR- 2038		
19			
20	RESIDENTE		
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
12 H			X
18 H			
24 H	120x80	86	36,5°C

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Edson Martins da Silva
Técnico de Enfermagem
Corm-RR 000324.848

Edson Martins da Silva
Técnico de Enfermagem
Corm-RR 000324.848

little Coelho

06.00 hs
150x80
93
36,6°C

16:45
PA 130x90
FC 106
T- 36,6

BE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	LUIZ FELIPE Nogueira Rego		
AGNÓSTICO	Fratura exposta fêmur ① ossos pés / necrose		
ALERGIAS	Ø	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	DM2	NEGA
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO		
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H Lg-W 6/6H SIN		
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA SIN		
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA SIN		
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 SIN		
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SUSPENSO.		
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N SIN		
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H 08/14 20/02		
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H 18/02 06		
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG SIN		
13	SSVV + CCGG 6/6 H Reativa		
14	CURATIVO DIÁRIO curativo		
15	Clexatone 40mg SC 1x/21d. 16		
16			
17			
18			
19			
20			
21			
AO HC			
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MEDICA: # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO : RX: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA :			
SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			
MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			

D. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA

Eu Dra. Felipe Souza Rege CPFnº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmo que recebi explicações, li, comprehendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 17 de Outubro de 2020.

Assinatura do paciente: _____

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPFnº: _____

Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirme que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s) / procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 _____. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Medico Regulador

CRM _____ / _____



362

HOSPITAL DAS CLINICAS Dr. WILSON FRANCO

RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA/HGR

DATA: 16/03/20 PACIENTE: João Felipe Nogueira DN: 111
PACIENTE: João Felipe Nogueira DN: 111
DIAGNÓSTICO(S): EEG. febre + outros exames + nora

DIH: / / KANBAM: / / Dieta: / /
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA / /): Hb: / Ht: / Ur: / Cr: /
Leuc: / Seg: / Plaquetas: /
Na: / K: / Ca: / Cl: /
HCO₃: / PH: / BE: / PO₂: / PCO₂: /
EAS: /
CULTURAS (/ /): /

IMAGEM / /

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA / /): Hb: / Ht: / Ur: / Cr: /
Leuc: / Seg: / Plaquetas: / Na: / K: / Ca: /
Cl: / HCO₃: / PH: / BE: / PO₂: / PCO₂: /
EAS: /
IMAGEM / /

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

*Antevisão de teste neonatal
em pr. transfusão de feto
pr. transfusão sanguínea*

Boa Vista, 16 de 03 de 2020. Hora: _____

CRM 1

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/carimbo do Médico

CRM-RR 044/00
CRM-RR 044/00

CRM 944 RR

D



LUIS FELIPE NOGUEIRA

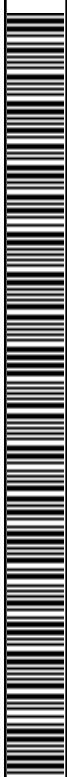
4418

HOSPITAL CORONEL MOTA

26/06/2020

Alex

TIPO E TUR





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	239717
DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016	
WILLIAM GONÇALVES FRANCO	
FILHA	
GERALDO ROCHA FRANCO	
MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO	
NATURALIDADE	
SANTA INÉS - MA	
DOC. ORIGEM	
CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35	
2 OF BOA VISTA - RR	
825.396.343-20 AMADEU ROCHA TRIANI	
Perito Paleopatologista da Policia Civil Médico da Morte	
2 VIA	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

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

Validação deste documento em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTPK V8WFJ G36FT SFY3U



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200255457

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO

Data do acidente: 29/02/2020

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PROXIMAL DE FÊMUR + FRATURA DE TÍBIA E PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO + HASTE INTRAMEDULAR + FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P3 P4 P8 P22 P50)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

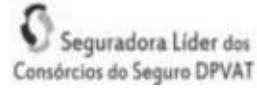
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0201225/20

Vítima: LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO

CPF: 017.115.952-76

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 29/02/2020

Titular do CPF: LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO

CPF de: Próprio

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

LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO : 017.115.952-76

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/07/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Luiz Felipe Nogueira Rego
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Sócio
PROFISSÃO: autônomo RG: 356710-9
CPF: 017.115.959-76 ENDEREÇO: R. Jorge de Souza Faria
BAIRRO: Alvorada CIDADE: Bonito
CEP 69.317-232

VÍTIMA: Luiz Felipe Nogueira Rego
CPF: 017.115.952-16 DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Fávero
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239417 ÓRGÃO EMISSOR: SSP- RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDERECO: Rua 02 11, 294, Lauzane Moreira.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidade, 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.

Bonito 07 de junho de 2020

Luiz Felipe Nogueira Rego
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



Presidência da República
Secretaria de Micro e Pequena Empresa
Secretaria de Rationalização e Simplificação
Departamento de Registro Empresarial e Integração
Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

NIRE (DA SEDE OU DA FILIAL QUANDO A SEDE FOR EM OUTRA UF)

33.3.0028479-6

Mostrando

00-2018/017153-4

26/01/2018 - 10:52:13

JUCERJA

Último Arquivamento:

00003131303 - 30/12/2017

NIRE: 33.3.0028479-6

Órgão	Calculado	Pago
Junta	570,00	570,00
DREI	21,00	21,00

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Boleto(s): 102595004

Hash: ECC52023-D73D-4232-B033-7CC99430A9D4



Tipo Jurídico

Sociedade anônima

Porte Empresarial

Normal

REQUERIMENTO

Ilmo Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

requer a v. sa o deferimento do seguinte ato:

Código do Ato	Código Evento	Qtd.	Descrição do ato / Descrição do evento
017	999	1	Ata de Reunião do Conselho de Administração / Ata de Reunião do Conselho de Administração
	XXX	XXX	XX

Representante legal da empresa

Local	Nome:	
	Assinatura:	
	Telefone de contato:	
Data	E-mail:	
	Tipo de documento:	Híbrido
	Data de criação:	24/01/2018
	Data da 1ª entrada:	



00-2018/017153-4

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 sob o NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CF0DE4B56AFADDE5E2CFBF7D5CE68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 2/13



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



**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.**

NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

**ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
REALIZADA EM 14 DE DEZEMBRO DE 2017**

1. DATA, HORA E LOCAL: Aos 14 (quatorze) dias do mês de dezembro de 2017, às 10 horas, na Rua da Assembleia, nº 100 - 26º andar – Sala de Reunião do Conselho de Administração, na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

2.CONVOCAÇÃO: Os membros do Conselho de Administração foram convocados por correio eletrônico enviado em 07 de dezembro de 2017.

3. PRESENÇA: Presentes os conselheiros titulares: Roberto Barroso, Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre, Rosana Techima Salsano, Ivan Luiz Gontijo Júnior, Alfredo Lalia Neto, Marcelo Goldman, Bernardo Dieckmann, João Gilberto Possiede, Nicolás Jesus Di Salvo, Paulo de Oliveira Medeiros, João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo e Paulo Augusto Freitas de Souza, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia. Presentes, ainda, os conselheiros suplentes Leonardo F. Semenovitch, Sidney Aparecido Pariz, Anderson Fernandes Peixoto e Maurício Bernardes, que, por força da presença dos respectivos Conselheiros titulares, atenderam à reunião sem direito a voto nas matérias da ordem do dia, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia.

4. MESA: Presidente: Roberto Barroso; Secretária: Isabella Maria Azevedo da Cunha.

5. ORDEM DO DIA: deliberar sobre:

- (i) reeleição de Diretores Estatutários; e
- (ii) eleição de membro para o Comitê de Auditoria.

6. DELIBERAÇÕES: Iniciados os trabalhos pelo item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, reeleger para um mandato de 01 (um) ano os seguintes membros da Diretoria da Companhia: (a) JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor Presidente da Companhia; (b) HELIO BITTON RODRIGUES, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor sem designação específica da

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas
Página 1 de 3

[Assinatura]

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CPDE4B56AFAD5ECPBFFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 3/13



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



Companhia; e (c) CRISTIANE FERREIRA DA SILVA, brasileira, solteira, securitária, titular do documento de identidade nº 16.482.014-0, expedido pela SSP-SP, inscrita no CPF/MF sob o nº 060.179.048-09, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretora sem designação específica. A posse dos diretores ora eleitos dar-se-á mediante assinatura do respectivo termo no livro de atas da Diretoria Executiva da Companhia, permanecendo nos respectivos cargos até a investidura dos seus sucessores. Os Diretores ora eleitos aceitaram e declararam, sob as penas da lei, que não estão impedidos de exercer o comércio ou a administração de sociedade mercantis em virtude de condenação criminal, tampouco estão impedidos, por lei especial, ou condenados por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, não estando incurso em quaisquer dos crimes previstos em lei ou nas restrições legais que possam impedi-los de exercer atividades mercantis, em desacordo com o disposto no art. 37, inciso II, da Lei nº. 8.934, 18 de dezembro de 1994 e no art. 147 da Lei nº. 6.404, de 15 de dezembro de 1975, ciente de que qualquer declaração falsa importará em responsabilidade criminal. Os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, retirar o item (ii) da ordem do dia de pauta. Em decorrência do item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, ratificar as funções específicas perante à SUSEP atribuídas aos membros da Diretoria Executiva, conforme segue. Deixa-se de atribuir as funções de que tratam os itens 1.2.1.5, 1.2.1.6, e 1.2.1.7, da Carta Circular nº 1/2016/Susep-Cgrat, tendo em vista inexistirem as referidas atividades na Companhia:

N	MEMBRO	RCA	MANDATO	FUNÇÃO ESPECÍFICAS PERANTE À SUSEP
1	José Ismar Alves Tôrres	14.12.2017	13.12.2018	Diretor Presidente
2	Helio Bitton Rodrigues	14.12.2017	13.12.2018	sem função específica
3	Cristiane Ferreira da Silva	14.12.2017	13.12.2018	Diretor responsável técnico (Circular SUSEP nº 234/03 e Resolução CNSP nº 321/15) (executiva ou operacional)
4	Milton Bellizia	15.02.2017	14.02.2018	Diretor responsável pelas relações com a SUSEP (executiva ou operacional) Diretor responsável administrativo-financeiro (executiva ou operacional) Diretor responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade (executiva ou operacional)
5	Andrea Louise Ruano Ribeiro	15.02.2017	14.02.2018	Diretor responsável pelo cumprimento do disposto na Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998 (Circulares SUSEP nº 234/03 e 445/12) (fiscalização ou controle) Diretor responsável pelos controles internos (fiscalização ou controle) Diretor responsável pelos controles internos específicos para a prevenção contra fraudes (fiscalização ou controle)

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Lider do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas
Página 2 de 3

[Assinaturas]

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56RAFADE5ECE8FFD50F68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pág. 4/13



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



7. ENCERRAMENTO, LAVRATURA, APROVAÇÃO E ASSINATURA DA ATA: Nada mais a ser tratado, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata em forma de sumário dos fatos ocorridos e que, após lida e achada correta, foi aprovada e assinada por todos os conselheiros presentes.

8. ASSINATURAS: A presente ata foi assinada por: Roberto Barroso – Presidente (ass.), Isabella Maria Azevedo da Cunha – Secretária (ass.), Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre (ass.), Rosana Techima Salsano (ass.), Ivan Luiz Gontijo Junior (ass.), Alfredo Lalia Neto (ass.), Marcelo Goldman (ass.), Bernardo Dieckmann (ass.), João Gilberto Possiede (ass.), Nicólas Jesus Di Salvo (ass.), Paulo de Oliveira Medeiros (ass.), João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo (ass.) e Paulo Augusto Freitas de Souza (ass.).

Certifico que a presente é cópia fiel da Ata original lavrada no Livro de Atas do Conselho de Administração da Companhia.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

Roberto Barroso
Presidente

Isabella Maria Azevedo da Cunha
Secretária

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas
Página 3 de 3

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.
NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Rua Presidente Alfonso Lopes, nº 25, apto 402 – Lagoa, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22071-050, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Lider do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


JOSE ISMAR ALVES TORRES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECFBFFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerj.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 8/13



SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.
NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

HÉLIO BITTON RODRIGUES, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Rua Visconde de Pirajá, 228, apto 203, Ipanema, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22410-000, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Lider do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017



HÉLIO BITTON RODRIGUES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECFBFFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB6

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 10/10





14

EODN 1677-7042

Diário Oficial da União - Seção 1

Nº 16, terça-feira, 23 de janeiro de 2018

PORTARIA Nº 755, DE 13 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência conferida pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n. 6.523, de 20 de dezembro de 2016, que aprova o artigo 3º da Portaria-Lei n. 73, de 21 de novembro de 1964 e o que encontra de processo Susep 15414/619380/2017-94, resolve:

Art. 1º Aprovar os seguintes deliberados formulados pelas autoridades de ALM SEGURADORA S.A. - MICROSEGURADORA, CNPJ n. 33.694.731/0001-89, com sede na cidade do Rio de Janeiro - RJ, na assembleia geral extraordinária realizada em 30 de junho de 2017:

1. Aumento do capital social em R\$ 400.148,80, elevando-o para R\$ 1.155.581,51, dividido em 179.246.992 ações ordinárias nominativas, sem valor nominal; e

II - Reforma do estatuto social.

Art. 2º Resulta que a parcela de R\$ 188.140,80 do aumento de capital acima deverá ser integrada até 30 de junho de 2018.

Art. 3º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO DOS SANTOS

PORTARIA Nº 756, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência conferida pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n. 6.523, de 20 de dezembro de 2016, que aprova o artigo 3º da Portaria-Lei n. 73, de 21 de novembro de 1964 e o que encontra de processo Susep 15414/619380/2017-94, resolve:

Art. 1º Aprovar a eleição de administradores da SEGURADORA LÍDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ n. 99.148.400/0001-01, com sede na cidade do Rio de Janeiro - RJ, conforme deliberado na reunião do conselho de administração realizada em 14 de dezembro de 2017.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO DOS SANTOS

PORTARIA Nº 757, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência delegada pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n. 6.523, de 20 de dezembro de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 3º da Portaria-Lei n. 73, de 21 de novembro de 1964, denominada com o artigo 3º da Lei Complementar n. 126, de 15 de junho de 2007 e o que encontra de processo Susep 15414/623847/2017-50, resolve:

Art. 1º Aprovar a eleição de membros do comitê de auditoria da IRB BRASIL, RESEGUROS S.A., CNPJ n. 33.356.989/0001-01, com sede na cidade do Rio de Janeiro - RJ, conforme deliberado na reunião do conselho de administração realizada em 26 de maio de 2017.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO DOS SANTOS

RETIFICAÇÃO

No artigo 1º da Portaria Susep/Direc n. 721, de 2 de janeiro de 2018, publicada no Diário Oficial da União, de 3 de janeiro de 2018, páginas 168, supõe I, onde as II: "... na reunião do conselho de administração realizada em 3º de novembro de 2017.", trocar: "... na assembleia geral extraordinária realizada em 1º de novembro de 2017."

Ministério da Indústria,
Comércio Exterior e ServiçosINSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA,
QUALIDADE E TECNOLOGIA

PORTARIA Nº 28, DE 19 DE JANEIRO DE 2018

O PRESIDENTE DO INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA, QUALIDADE E TECNOLOGIA - INMETRO, no uso das atribuições conferidas pelo artigo 3º do art. 4º da Lei nº 3.546, de 10 de dezembro de 1973, nos incisos I e IV do art. 3º da Lei nº 9.933, de 20 de dezembro de 1999, e no inciso V do art. 18 da Estrutura Regulamentar da Autarquia, aprovada pelo Decreto nº 8.275, de 21 de novembro de 2007;

Considerando o Decreto Federal nº 9.848, de 18 de maio de 1998, que aprova o Regulamento para o Transporte de Produtos Perigosos;

Considerando a Portaria Inmetro nº 16, de 14 de janeiro de 2016, que aprova os Requisitos de Apliação da Conformidade para Transporte de Carga Rodoviária;

Considerando a Portaria Inmetro nº 16, de 14 de janeiro de 2016, que aprova os Requisitos de Apliação da Conformidade para Transporte de Produtos Perigosos, publicada no Diário Oficial da União de 15 de janeiro de 2016, medida 46;

Considerando que o Inmetro foi criado por lei específica, somente se dispõe no § 1º do art. 3º do Regulamento para o Transporte de Produtos Perigosos, deve ser feita a adequação das veículos e das equipamentos rodoviários destinados a esse fim;

Considerando a necessidade de substituição do Certificado de Inspeção para o Transporte de Produtos Perigosos (CIPP) pelo novo Certificado para o Transporte de Produtos Perigosos (CTPP), aplicável somente à modalidade de conservação de longos de carregamento;

Considerando a necessidade de ajustes dos Requisitos de Apliação da Conformidade aprovados pela Portaria Inmetro nº 16/2016;

Art. 1º Ficam aprovados os ajustes dos Requisitos de Apliação da Conformidade para Transporte de Carga Rodoviária destinados ao Transporte de Produtos Perigosos, publicados pela Portaria Inmetro nº 16/2016, de 14 de janeiro de 2016, conforme Anexo II da mesma Portaria, disponibilizado no site www.inmetro.gov.br, no endereço [Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - Inmetro](http://www.inmetro.gov.br/Instituto-Nacional-de-Metrologia-Qualidade-e-Tecnologia-Inmetro).

Art. 2º Ficam inseridos na Portaria Inmetro nº 16/2016 os Anexos F e G anexos a esta Portaria.

Art. 3º Ficam incluídos na Portaria Inmetro nº 16/2016 os Anexos F e G anexos a esta Portaria.

Art. 4º Ficam inseridos, no art. 4º da Portaria Inmetro nº 16/2016, os seguintes parágrafos:

SECRETARIA DE COMÉRCIO EXTERIOR

CIRCULAR Nº 4, DE 12 DE JANEIRO DE 2018

O SECRETÁRIO DE COMÉRCIO EXTERIOR, SUBSTITUTO DO MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA, COMÉRCIO EXTERIOR E SERVIÇOS, no uso de suas atribuições, vinda pública, conforme o convênio de trabalho, as propostas de modificação da Novena versão do Manual de Mercadorias - MCNI e da Tarifa Externa Comum em anexo pelo Departamento de Negociações Internacionais (DENIT), com o objetivo de colher subsídios para definição de posicionamento do governo brasileiro no âmbito da conferência do Comitê Técnico nº 1, de Tarifa, Nomenclatura e Classificação de Mercadorias, do Mercosul (CTF).

1. As informações relativas às propostas devem ser apresentadas mediante e preenchimento integral do formulário disponível na página direta Ministério na Internet, no endereço http://www.mre.gov.br/informativas/repositorio/encaminhamento/ctf_2017/entrevista-de-comercio-exterior/.

2. O acompanhamento sobre a análise das propostas poderá ser realizado por meio do endereço eletrônico <http://www.mre.gov.br/index.php/comercio-exterior/estatisticas-de-comercio-exterior/49-requisitos-observacao>.

3. Caso haja, posteriormente, ajustes de texto realizados pelos técnicos em nome de interessados do CTI, eventual manifestação a respeito devem ser encaminhadas a esta Secretaria mediante os procedimentos previstos nesta Circular.

RUIVATO AGOSTINHO DA SILVA

ANEXO

SITUAÇÃO ATUAL	SITUAÇÃO PROPOSTA
2917.20.08 - Ácidos policarboxílicos, cítricos, citráticos, cítricos ou cítricos-potássicos, ácidos anidros, halogenuados, peroxídos, peroxalônicos e seus derivados	3 2917.20 - Ácidos Policarboxílicos, cítricos, citráticos, cítricos ou cítricos-potássicos, ácidos anidros, halogenuados, peroxídos, peroxalônicos e seus derivados
	2917.20.1 - Ácidos policarboxílicos, cítricos, citráticos, cítricos ou cítricos-potássicos, ácidos anidros, halogenuados, peroxídos, peroxalônicos e seus derivados
	2917.20.15 - Ácidos de ácidos policarboxílicos cítricos
	2917.20.95 - Clorofenoxano de cítricos
	Outros

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.mre.gov.br/autenticidade.html>, pelo código RNE: 281512300014

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

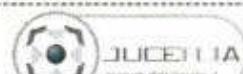
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOR O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de

AUTENTICAÇÃO.

Autenticação: FD6974386FA48220CFD4E356AFAD5EFCBFFD5CF68740F2338496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerj.ej.us.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 6/13



4996507

ANEXO I À ATA DAS ASSEMBLÉIAS GERAIS ORDINÁRIA E EXTRAORDINÁRIA DA SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., REALIZADAS EM 17 DE MARÇO DE 2016

"SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

ESTATUTO SOCIAL

CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO

Artigo 1º – A SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. (a "Companhia") é uma sociedade por ações, de capital fechado, que se rege por este Estatuto Social e pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis.

Artigo 2º – A Companhia tem por objeto operar nos ramos de seguros de danos e de pessoas, podendo participar de consórcios como líder, como previsto na regulamentação do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.

Artigo 3º - A Companhia tem sede na cidade de Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14 e 15 andares, podendo criar, modificar e encerrar, mediante decisão da Diretoria, filiais, agências, sucursais, escritórios e representações em qualquer localidade do País.

Artigo 4º – A Companhia terá prazo indeterminado de duração.

CAPÍTULO II - CAPITAL SOCIAL E AÇÕES

Artigo 5º – O capital social é de R\$ 15.000.000,00 (quinze milhões de reais), totalmente subscrito e integralizado, sendo dividido em 15.000.000 (quinze milhões) de ações ordinárias nominativas escriturais, sem valor nominal.

Parágrafo Primeiro – Cada ação ordinária confere a seu titular direito a um voto nas deliberações da Assembleia Geral.

Artigo 6º – Respeitadas as disposições legais aplicáveis, a Companhia poderá efetuar resgate total ou parcial de ações de qualquer espécie ou classe ou adquiri-las para mantê-las em Tesouraria, pelo valor patrimonial da ação do último balanço auditado, cabendo ao Conselho de Administração fixar as demais características da operação.

CAPÍTULO III – ASSEMBLEIA GERAL

ARTIGO 7º – A Assembleia Geral tem poderes para decidir todos os negócios relativos ao objeto da Companhia e tomar as resoluções que julgar convenientes à sua defesa e desenvolvimento, sempre por maioria absoluta de votos, excetuados os casos expressos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 1 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796

Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F.S. Berwanger
Secretário Geral



4995508

ARTIGO 8º – A Assembleia Geral reunir-se-á, ordinariamente, dentro dos 3 (três) primeiros meses após o encerramento do exercício social e, extraordinariamente, sempre que os interesses sociais assim o exigirem.

Parágrafo Primeiro – A Assembleia Geral será convocada na forma da lei. Independentemente das formalidades de convocação, também será considerada regular a Assembleia Geral a que comparecerem todos os acionistas.

Parágrafo Segundo – A mesa da Assembleia Geral será presidida por um acionista, diretor ou não, escolhido dentre os presentes por aclamação para dirigir os trabalhos, o qual poderá nomear até 2 (dois) secretários, que poderão ser acionistas ou não, para assessorá-lo a dirigir os trabalhos, manter a ordem, suspender, adiar e encerrar as reuniões e reduzir a termo o que foi deliberado, produzindo a competente ata.

Parágrafo Terceiro – Os representantes legais e os procuradores constituídos, para que possam comparecer às Assembleias, deverão fazer a entrega dos respectivos instrumentos de representação ou mandato na sede da Companhia, até 48 (quarenta e oito) horas antes da reunião acontecer.

Parágrafo Quarto – Ressalvadas as exceções previstas em lei, a Assembleia Geral instalar-se-á, em primeira convocação, com a presença de acionistas que representem, no mínimo, ¼ (um quarto) do capital social com direito a voto, e em segunda convocação instalar-se-á com qualquer número.

Parágrafo Quinto – As decisões da Assembleia Geral serão formalizadas através de ata que deverá conter a transcrição das deliberações tomadas. Da ata tirar-se-ão certidões ou cópias autenticadas para os fins legais.

Parágrafo Sexto – Somente será aprovada a modificação do objeto social da Companhia com a aprovação de 2/3 (dois terços) das ações ordinárias.

CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA

ARTIGO 9º – A Companhia terá um Conselho de Administração e uma Diretoria Executiva.

Parágrafo Primeiro – Os Conselheiros e os Diretores serão investidos, após a aprovação de sua eleição pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, em seus cargos mediante assinatura do termo de posse no Livro de Atas do Conselho de Administração ou da Diretoria Executiva, conforme o caso.

Parágrafo Segundo – O prazo de gestão dos Conselheiros e dos Diretores estender-se-á até a investidura dos respectivos sucessores.

Parágrafo Terceiro – As atas das reuniões do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva serão lavradas em livro próprio e serão assinadas pelos Conselheiros e pelos Diretores presentes, conforme o caso.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 2 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284798
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7845C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



4996509

Parágrafo Quarto – Os membros do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva ficam dispensados de prestar caução como garantia de sua gestão.

Parágrafo Quinto – Caberá à Assembléia Geral fixar o montante global da remuneração dos Administradores, a qual será distribuída e destinada conforme deliberação do Conselho de Administração.

CAPÍTULO V - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

ARTIGO 10 – A Companhia será administrada por um Conselho de Administração, composto por, no mínimo, 9 (nove) membros, e no máximo, 15 (quinze) membros, e igual número de suplentes, todos acionistas, residentes no País ou não, eleitos e destituíveis pela Assembleia Geral, e com mandato de 1 (um) ano, permitida a reeleição.

Parágrafo Primeiro - Os membros do Conselho de Administração terão as seguintes denominações: Conselheiro Presidente, Conselheiro Vice-Presidente e demais conselheiros sem designação específica.

Parágrafo Segundo – O membro do Conselho de Administração, que tiver ou representar interesse conflitante com a Companhia, não poderá ter acesso a informações nem participar e exercer o direito de voto nas deliberações do Conselho de Administração que configurem tal impedimento. Poderá, todavia, ser substituído por seu suplente, desde que este não esteja igualmente impedido.

Parágrafo Terceiro – O primeiro mandato dos membros do Conselho de Administração poderá ser superior a 1 (um) ano, se estendendo até a Assembléia Geral Ordinária que se realizar em 2009, referente ao exercício de 2008.

ARTIGO 11 – Eleito pela Assembleia Geral o Conselho de Administração, caberá a este a eleição do Presidente e do Vice-Presidente do Conselho, por maioria de votos. O Vice-Presidente substituirá o Presidente nas suas ausências e impedimentos temporários.

ARTIGO 12 – Na hipótese de ausências e impedimentos temporários de membro do Conselho de Administração, caberá ao seu suplente substituí-lo, e, no caso de vacância de cargo do Conselho de Administração, o conselheiro ausente será substituído por seu suplente até que seja eleito novo membro e seu respectivo suplente pela primeira Assembleia Geral.

ARTIGO 13 – Todas as deliberações do Conselho de Administração, feitas nas competentes reuniões e devidamente lavradas em atas, serão tomadas pela maioria de votos dos presentes.

Parágrafo Primeiro – O Presidente e Vice-Presidente do Conselho de Administração terão direito a voto, cabendo, ainda, ao Presidente em exercício, na hipótese de empate nas deliberações, o voto de desempate.

Parágrafo Segundo - Para que as reuniões do Conselho de Administração possam se instalar e validamente deliberar será necessário a presença da maioria de seus membros em exercício (titulares ou suplentes), desde que a reunião tenha sido regularmente

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 3 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796

Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016

CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.

Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



4998510

convocada.

M/W

Parágrafo Terceiro - Caberá ao Presidente do Conselho de Administração presidir as reuniões do aludido Conselho de Administração, e escolher o secretário da reunião, que poderá não ser membro do Conselho de Administração.

ARTIGO 14 – O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, 1 (uma) vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário, mediante convocação de seu Presidente ou, conjuntamente, por 3 (três) de seus membros.

Parágrafo Primeiro – Os membros da Diretoria Executiva participarão das reuniões do Conselho de Administração, quando convocados pelo Presidente do Conselho de Administração a pedido de qualquer de seus membros, para esclarecer sobre quaisquer assuntos de interesse da Companhia.

Parágrafo Segundo - As reuniões do Conselho de Administração deverão ser convocadas, por escrito, mediante carta, telegrama ou e-mail a cada um dos seus membros, e dos membros da Diretoria Executiva quando for o caso, com 5 (cinco) dias úteis de antecedência da data de sua realização. O local de realização das reuniões do Conselho de Administração deverá constar do competente anúncio de convocação, juntamente com o horário, a data de realização e a ordem do dia.

Parágrafo Terceiro - Independentemente das formalidades relativas à convocação, considerar-se-á regular a reunião a que comparecerem todos os membros titulares do Conselho de Administração ou seus suplentes, expressamente autorizados pelos respectivos titulares.

ARTIGO 15 – Compete ao Conselho de Administração, além das atribuições que lhe são conferidas por lei:

- a) convocar as Assembleias Gerais Ordinárias e Extraordinárias;
- b) fixar a orientação geral dos negócios da Companhia e aprovar as diretrizes políticas empresariais e objetivos básicos para todas as áreas principais da atuação da Companhia, bem como a sua política de investimentos financeiros;
- c) aprovar o orçamento anual, o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- d) eleger e destituir os Diretores da Companhia e fixar-lhes as atribuições através de um Regimento da Diretoria Executiva, bem como atribuir, dentro do montante global da remuneração fixada pela Assembleia Geral, os honorários mensais de cada um dos membros da Administração da Companhia;
- e) eleger, destituir e fixar a remuneração dos membros do Comitê de Auditoria da Companhia;
- f) fiscalizar a gestão dos Diretores, podendo examinar a qualquer tempo, os livros e papéis da Companhia e solicitar informações sobre quaisquer atos celebrados ou em vias de celebração pela Diretoria Executiva;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 4 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796

Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016

CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.

Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7845C895

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



4996511

- g) manifestar-se, previamente, sobre o relatório da Administração, as contas da Diretoria Executiva, as demonstrações financeiras do exercício e examinar os balancetes mensais;
- h) por proposta da Diretoria Executiva, deliberar sobre a declaração de dividendos à conta de lucros apurados em balanços semestrais e submeter à Assembleia Geral a proposta de destinação do lucro líquido do exercício;
- i) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, contratos de marketing, etc.), bem como contrato financeiro, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e de locação cujo valor exceder o limite de alcada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;
- j) autorizar a concessão de qualquer garantia, pela Companhia, qualquer que seja o montante, vedada a concessão de garantias para negócios estranhos aos interesses sociais;
- k) a aprovação de qualquer transação para pôr término a litígio de valor superior ao limite de alcada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;
- l) estabelecer, por proposta da Diretoria Executiva, critérios gerais de remuneração e a política de benefícios, diretos e indiretos, do quadro de funcionários;
- m) decidir sobre a aquisição das próprias ações da companhia para cancelamento ou permanência em tesouraria e, neste último caso, deliberar sobre a sua eventual alienação, observadas as disposições legais aplicáveis;
- n) nomear e destituir os auditores independentes da Companhia, analisando e homologando os resultados de seus trabalhos;
- o) contribuir para o desenvolvimento de modelos, metodologias e processos de gestão, recomendando à Diretoria Executiva o alinhamento da companhia às melhores práticas, atuando como agente de modernização;
- p) analisar e aprovar as propostas para novos investimentos em equipamentos, os compromissos de parcerias e associações e os assumidos com colaboradores;
- q) definir diretrizes para o planejamento estratégico;
- r) aprovar dotações orçamentárias para cada área e projetos, avaliando e aprovando os resultados a serem atingidos e seus ajustes;
- s) manter-se devidamente atualizado sobre os riscos dos negócios;
- t) aprovar a contratação de serviços de regulação e de liquidação de sinistros.
- u) aprovar e fazer cumprir o Código de Ética da Companhia; e
- v) resolver sobre os casos omissos no Estatuto Social e exercer outras atribuições que a

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 5 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796

Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016

CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.

Autenticação: 4BFBA0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



4996512

lei ou este Estatuto não confirmam a outro órgão da Companhia.

ARTIGO 16 – São atribuições específicas do Presidente do Conselho de Administração:

- a) fixar as datas para as reuniões ordinárias e convocar as reuniões extraordinárias do Conselho;
- b) presidir as reuniões e supervisionar os serviços administrativos do Conselho;
- c) dar o voto de qualidade em caso de empate, além de seu próprio voto; e
- d) zelar pela preservação do estatuto social, e pelo cumprimento das atribuições que cabem ao Conselho de Administração;

Parágrafo Único – Incumbe ao Vice-Presidente do Conselho de Administração substituir o Presidente durante as suas ausências ou impedimentos.

CAPÍTULO VI - COMITÊ DE AUDITORIA

ARTIGO 17 – A Companhia terá um Comitê de Auditoria.

ARTIGO 18 - O Comitê de Auditoria será composto por 3 (três) membros e se regerá, em todos os seus aspectos, pelo previsto na legislação do Conselho Nacional de Seguros Privados e da Superintendência de Seguros Privados.

Parágrafo único - Os membros do Comitê de Auditoria serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a sua reeleição na forma da legislação em vigor, e receberão, a título de remuneração, o estabelecido pelo Conselho de Administração.

CAPÍTULO VI - DIRETORIA EXECUTIVA

ARTIGO 19 - A Diretoria Executiva é o órgão de representação da Companhia, a quem compete praticar todos os atos de gestão dos negócios sociais e será composta pelo Diretor Presidente e por 4 (quatro) Diretores sem designação específica, dentre eles um responsável pelos controles internos e que terá as atribuições da Lei nº 9.613/98, outro que será o responsável técnico e responsável pela prevenção de fraudes, outro que será responsável pelo relacionamento com a SUSEP e, dentre eles, ainda, um diretor responsável administrativo-financeiro, que também será responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade, tudo conforme o que dispõe a regulamentação em vigor, com as demais atribuições estabelecidas pelo Conselho de Administração da Companhia

Parágrafo Primeiro – Os Diretores serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a reeleição.

Parágrafo Segundo – Na hipótese das ausências e impedimentos dos Diretores caberá ao Diretor-Presidente indicar, entre os demais Diretores, o substituto, sendo atribuição do Conselho de Administração tomar as medidas necessárias em caso de ausência

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 6 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7B45C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



4996513

temporária do Diretor-Presidente, bem como deliberar sobre o preenchimento da vaga em caso de vacância de qualquer um dos Diretores.

ARTIGO 20 – Cabe aos integrantes da Diretoria Executiva, em conjunto, supervisionar e controlar todos os assuntos da Companhia, de acordo com as diretrizes e políticas determinadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral, competindo-lhe ainda:

- a) administrar os bens e serviços da Companhia;
- b) gerir as atividades da Companhia, obedecendo rigorosamente às diretrizes traçadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;
- c) zelar pelo fiel cumprimento do presente estatuto social;
- d) cumprir e fazer cumprir as deliberações do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- e) elaborar e apresentar anualmente, ao Conselho de Administração, relatório circunstanciado de suas atividades, balanço e prestação de contas do exercício findo, bem como a sua compatibilidade com o planejamento estratégico e orçamento plurianual da Companhia;
- f) preparar e submeter ao Conselho de Administração o orçamento anual e o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- g) elaborar e encriturar o balanço e os livros contábeis referentes às demonstrações do exercício findo, para oportuna manifestação do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- h) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, convênios), bem como contratos financeiros, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e locação dentro da alcada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- i) aprovar qualquer transação para pôr término a litígio dentro da alcada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- j) admitir e dispensar o pessoal administrativo;
- h) representar a Companhia em juízo ou fora dele.

ARTIGO 21 - Compete ao Diretor Presidente, além de coordenar a ação dos Diretores e dirigir as atividades relacionadas com o planejamento geral da Companhia:

- a) convocar e presidir as reuniões da Diretoria Executiva;
- b) executar a política, as diretrizes e as atividades de administração da Companhia, conforme especificado pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 7 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796

Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016

CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.

Autenticação: 4BF9A0C86683B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



4996514

- c) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades da Companhia, através da apresentação mensal de balancete econômico-financeiro e patrimonial da Companhia;
- d) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades do Seguro DPVAT e o andamento de suas operações;
- e) propor um código de ética para a Companhia, consistente com o código de ética aprovado pelo órgão de representação sindical superior das empresas de seguro;
- f) avaliar periodicamente o desempenho dos Diretores, informando a sua conclusão ao Conselho de Administração;
- g) delegar para qualquer um dos Diretores a execução das atribuições que estejam dentro de sua alçada; e
- i) exercer outras funções que lhe forem cometidas pelo Conselho de Administração.

ARTIGO 22 – Como regra geral, a Companhia se obrigará validamente sempre que representada por:

- a) dois Diretores;
- b) qualquer Diretor em conjunto com um procurador;
- c) dois procuradores com poderes especiais.

Parágrafo Primeiro – Na constituição de procuradores, observar-se-ão as seguintes regras:

- a) todas as procurações serão outorgadas pelo Diretor Presidente, em conjunto com outro Diretor. Na ausência do Diretor-Presidente, as procurações serão outorgadas por dois Diretores em conjunto;
- b) quando a procuração tiver por objeto a prática de atos que dependam de prévia autorização da Diretoria Executiva, a sua outorga ficará sujeita ao disposto no Parágrafo Segundo desta Cláusula.

Parágrafo Segundo – O prazo de mandato contido nas procurações outorgadas pela Companhia não poderá exceder o prazo de mandato da Diretoria Executiva, exceto para as procurações judiciais, que terão o prazo correspondente à duração da respectiva ação judicial ou, se inaplicável, prazo indeterminado.

CAPÍTULO VIII - CONSELHO FISCAL

ARTIGO 23 – A Companhia terá um Conselho Fiscal cujos deveres, competências e responsabilidades serão os definidos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 8 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796

Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C88883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



4996515

Parágrafo Primeiro – O Conselho Fiscal é composto por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes, eleitos pela Assembleia Geral.

Parágrafo Segundo – O Conselho Fiscal poderá reunir-se, sempre que necessário, mediante convocação de qualquer de seus membros, lavrando-se em ata suas deliberações.

CAPÍTULO IX – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E LUCROS

ARTIGO 24 – O exercício social terá inicio em 1º de janeiro e término em 31 de dezembro de cada ano. Ao término de cada exercício social serão elaboradas as demonstrações financeiras previstas em lei.

ARTIGO 25 – Em cada exercício, os acionistas terão direito a receber, a título de dividendos, um percentual do lucro líquido do exercício, obedecido o mínimo obrigatório de 25% sobre aquele lucro líquido, com os seguintes ajustes:

- a) o acréscimo das importâncias resultantes da reversão, no exercício, de reservas para contingências, anteriormente formadas;
- b) o decréscimo das importâncias destinadas, no exercício, à constituição da reserva legal e de reservas para contingências;
- c) sempre que o montante do dividendo mínimo obrigatório ultrapassar a parcela realizada do lucro líquido do exercício, a Diretoria Executiva poderá propor, e o Conselho de Administração e a Assembleia Geral aprovarem, destinar o excesso à constituição de reserva de lucros a realizar (artigo 197 da Lei nº 6.404/76, com a redação dada pela Lei nº 10.303/01).

ARTIGO 26 – A Companhia poderá levantar balanços semestrais, trimestrais ou mensais, bem como declarar dividendos à conta de lucros apurados nesses balanços. A Companhia poderá ainda declarar dividendos intermediários à conta de lucros acumulados ou de reservas de lucros existentes no último balanço anual ou semestral.

Parágrafo Único – Os dividendos distribuídos nos termos deste artigo poderão ser imputados ao dividendo obrigatório.

ARTIGO 27 – A Companhia poderá pagar ou creditar juros sobre o capital próprio.

Parágrafo Único – A remuneração paga nos termos deste artigo poderá ser imputada ao dividendo obrigatório.

CAPÍTULO X - LIQUIDAÇÃO

ARTIGO 28 – A Companhia entrará em liquidação nos casos previstos em lei, observadas as disposições contidas no artigo 68 e seguintes do Decreto nº 60.459, de 13

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 9 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796

Protocolo: 0020183575185 - 27/09/2016

CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.

Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

de março de 1967.

19/11



4996516

XI – DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 29 - É vedado à Companhia conceder financiamento ou garantias de qualquer espécie a terceiros, sob qualquer modalidade, para negócios estranhos aos interesses sociais da Companhia.

ARTIGO 30 – A Companhia observará todos os acordos de acionistas registrados na forma do artigo 118 da Lei nº 6.404/76, cabendo à administração abster-se de registrar as transferências de ações contrárias aos seus respectivos termos e cabendo ao Presidente da Assembleia Geral ou do Conselho de Administração, abster-se de computar os votos proferidos com infração dos mencionados acordos de acionistas.

ARTIGO 31 – A Companhia assegurará a seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais, presentes e passados, nos casos em que não houver incompatibilidade com os interesses da Companhia e na forma definida pela Diretoria Executiva a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles instaurados pela prática de atos no exercício de cargo ou função na Companhia.

Parágrafo Único – Sem prejuízo para o disposto no caput, a Companhia manterá contrato de seguro de responsabilidade civil (seguro D&O) permanente em favor de seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais para resguardá-los de quaisquer atos ou fatos pelos quais eventualmente venham a ser responsabilizados, cobrindo todo o período de exercício de seus respectivos mandatos.

ARTIGO 32 – Fica eleito o foro da Comarca do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, para dirimir todas as questões oriundas deste Estatuto Social com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.”

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 10 de 10

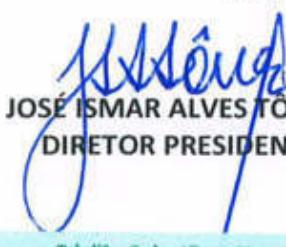
Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração a **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, parte, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20031-205, inscrita no CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, por seu Diretor Presidente, **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, CPF/MF nº 186.088.769-49, RG 2.237.060, SSP-DF, e por seu Diretor Jurídico, **HÉLIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF/MF nº 990.536.407-20 e OAB/RJ nº 71.709; nomeia e constitui seus bastantes procuradores, os advogados **MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**, brasileira, CPF/MF nº 082.587.197-26 e OAB/RJ nº 135.132; **THEREZINHA COIMBRA FRANÇA**, brasileira, CPF/MF nº 542.587.407-30 e OAB/RJ nº 62.420; **JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, CPF/MF nº 110.916.708-38 e OAB/SP nº 111.807; **ANA CAROLINA MARTINS GUIMARÃES DE SOUZA**, brasileira, CPF/MF nº 079.914.007-43 e OAB/RJ nº 111.545; **ANDRÉ SCHIESARI DE MIRANDA**, brasileiro, CPF/MF nº 012.941.857-99 e OAB/RJ nº 83.969; **FERNANDA JOSÉ DA SILVA FREIRE**, brasileira, CPF/MF nº 037.242.447-38 e OAB/RJ nº 161.160; **JULIO CEZAR DE AZEVEDO FARIA**, brasileiro, CPF/MF nº 532.246.397-68 e OAB/RJ nº 63.359; **LEILA MARCIA NOGUEIRA DA COSTA CAIRES**, brasileira, CPF/MF nº 034.062.507-42 e OAB/RJ nº 125.974; **PAULO LEITE DE FARIAS FILHO**, brasileiro, CPF/MF nº 029.186.977-70 e OAB/RJ nº 113.674; **JULIANA DANTAS BORGES**, brasileira, CPF/MF nº 055.255.997-08 e OAB/RJ nº 135.435; **DANIELA FERREIRA MENDES DE OLIVEIRA CASTRO**, brasileira, CPF/MF nº 088.398.387-75 e OAB/RJ nº 135.731, **DAVID SANTOS DA CRUZ**, brasileiro, CPF/MF nº 115.998.867-66 e OAB/RJ nº 174.217; todos com endereço profissional à Rua da Assembléia, nº 100, 26º andar, Centro, CEP 20011-904, no Município do Rio de Janeiro - RJ, conferindo os poderes da cláusula *Ad Judicia et Extra* para atuar no foro em geral, em qualquer Juízo, Instância, Tribunal e Órgãos de Proteção e Defesa do Consumidor, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, atuar em processos físicos e eletrônicos, realizar cadastro e acessar sistemas digitais, nomear prepostos, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos ao fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com reservas de poderes, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, autorizados, desde já, a receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, devendo todo e qualquer levantamento judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1769-8, Conta nº 644000-2, em nome de **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016, tendo prazo de validade indeterminado.

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018.


JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES
DIRETOR PRESIDENTE


HÉLIO BITTON RODRIGUES
DIRETOR

17º Ofício de Notas
DA CAPITAL
Tabelião: Carlos Alberto Fimro Oliveira
Rua do Carmo, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2107-9800
A D E B 2 B 6 9 0
O B B 6 7 4
Peconheço por ALTERNATIVAMENTE as firmas das: **HELIO BITTON RODRIGUES** e
JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES (X00000524453)
Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018.
Em testemunho _____ de verdade.
Paulista Cristina A. D. Gaspar
Conf. por:
Serventia
TJ-RJ
Total
EELP-56881-H01, EELP-56882-GRS
Consulte em <https://www3.tirijus.br/sitepublico>

CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ
Paulista Cristina A. D. Gaspar
1. 3.96
Escrivente
2. CTNRS.60982 série 06077 ME
3. AGE 20.5 3º Lei 8.986/94



SUBSTABELECIMENTO

Na qualidade de procurador das Seguradoras: **AIG SEGUROS BRASIL S/A; ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A, ALFA SEGURADORA S/A, ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A; AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS; ANGELUS SEGUROS S/A; ARGO SEGUROS BRASIL S/A; ARUANA SEGUROS S.A.; ASSURANT SEGURADORA S.A; ATLÂNTICA CIA DE SEGUROS; AUSTRAL SEGURADORA S/A; AXA CORPORARTE SOLUTIONS SEGUROS S.A, AXA SEGUROS S/A; AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS; BANESTES SEGUROS S/A; BMG SEGUROS S/A; BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS; BRASIL VEÍCULOS CIA. DE SEGUROS; BTG PACTUAL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; CAIXA SEGURADORA S/A; CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; CARDIF DO BRASIL SEGUROS E GARANTIAS S/A; CARDIF DO BRASIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; CESCEBRASIL SEGUROS DE GARANTIAS E CRÉDITOS S/A; CHUBB SEGUROS BRASIL S/A; CIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA; CIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL; CIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL; CIA EXCELSIOR DE SEGUROS; COMPREV SEGURADORA S/A; COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; DAYPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; ESSOR SEGUROS S/A; FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S/A; FATOR SEGURADORA S/A; GAZIN SEGUROS S.A.; GENERALI BRASIL SEGUROS S/A; GENTE SEGURADORA S/A; ICATU SEGUROS S/A; INVESTMAR SEGURADORA S/A; INVESTPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S/A; J. MALUCELLI SEGURADORA S/A; MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A; MAPFRE VIDA S/A; MBM SEGURADORA S/A; MG SEGUROS VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; MITSUI SUMITOMO SEGUROS S/A; MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; OMINT SEGUROS S/A; PAN SEGUROS S/A; PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS; PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; POTENCIAL SEGURADORA S/A; PREVIMAX PREVIDÊNCIA PRIVADA E SEGURADORA S/A; PREVIMIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A, RIO GRANDE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; SABEMI SEGURADORA S/A; SAFRA SEGUROS GERAIS S/A; SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; SANCOR SEGUROS DO BRASIL S/A; SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS; SOMPO SEGUROS S/A, STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.; SUHAI SEGUROS S/A; SWISS RE CORPORATE SOLUTIONS BRASIL S/A; TOKIO MARINE SEGURADORA S/A; TRAVELERS SEGUROS BRASIL S/A; UNIÃO SEGURADORA S/A – VIDA E PREVIDÊNCIA; USEBENS SEGUROS S/A; VANGUARDA CIA DE SEGUROS GERAIS; XL SEGUROS BRASIL S/A; ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; doravante denominada Outorgante, conforme instrumento de mandado**





anexo, substabeleço, com reserva de iguais, nas pessoas dos Drs. CARLOS EDUARDO DE SOUZA CABRAL, brasileiro, casado, OAB/RJ 189.997; FERNANDO DE FREITAS BARBOSA, brasileiro, casado, OAB/RJ 152.629; JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, OAB/RJ 134.307; JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS, brasileiro, casado, OAB/RJ 144.819; JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO, brasileira, casada, OAB/RJ 140.522; RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO MENEZES, brasileira, casada, OAB/RJ 185.681; TODOS INTEGRANTES DA SOCIEDADE DE ADVOGADOS DENOMINADA JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS, inscrita na OAB/RJ sob o nº 32.203/2005, com escritório situado na Rua São José, número 90, oitavo andar, CEP: 20010-901 Tel.: (21) 3265-5600, os poderes que me foram conferidos para a plena defesa dos interesses da Outorgante nas ações que têm por objeto o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT, ficando, desde já, VEDADO receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física, devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1912-7, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LIDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016.

Rio de Janeiro, 25 de setembro de 2018.

MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS
OAB/RJ 135.132

