

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

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

14 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 14

500 por pág.

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 descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

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

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária 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 incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

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

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)



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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 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 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; e

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

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

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

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 HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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

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 honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

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

⁷ art.

1º

(...)

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

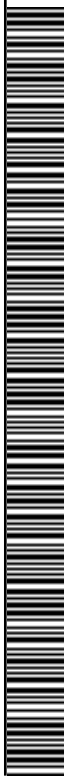
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 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 GRADAÇÃO

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

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

Pag. 00335/00336 - carta_01 - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTPK V8WFJ G36FT SFY3U



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 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 POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01115/01116 - carta_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTPK V8WFJ G36FT SFY3U



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: 1017.115.952-76 3 - CPF da vítima: 017.115.952-76 4 - Nome completo da vítima: Luis Felipe Nogueira Rego

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

5 - Nome completo: Luis Felipe Nogueira Rego 6 - CPF: 017.115.952-76
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: R. José Dias Carneiro 9 - Número: 490 10 - Complemento:
11 - Bairro: alvorado 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-232
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 99113-3855

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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 do beneficiário
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
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 Antônio 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: Joquei 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: Ana Carolina 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 663.897.552-87
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 Góis	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor Delegado:

Que o Rop 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 Rua ADAIL OLIVEIRA ROSA interceptou o veículo conduzido pelo o senhor LUIS FELIPE, que trafegava na referida Rua 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 Renie foi submetido ao teste de alcoolemia alveolar com o etilômetro e



Impresso por: Ana Cassia Ferreira Cruz
Data de Impressão: 10/06/2020 14:21:38

Página 2 de 3

PE - 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

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 SEELIG, S. DE SOUZA, ESCRIVÃO DE POLÍCIA AD-HOC, CHEFE DE SEÇÃO DA POLÍCIA CIVIL, MATRÍCULA Nº 020118884, 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-DENÚNCIAÇÃO CALUNIOSA E 340-COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME OU DE CONTRAÇÃO DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO.

ASSINATURAS


Hualacy Seelig S. de Souza
Escrivão de polícia "ad-hoc"

Chefe de Seção da Polícia Civil do Estado de Roraima
Matrícula 020118884

RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO


~~Dayana Braga de Souza~~

Comunicante

*Docam para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável por as informações administrativas e de fato que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei originar, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa 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



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: 1017.115.952-76 3 - CPF da vítima: 017.115.952-76 4 - Nome completo da vítima: Luis Felipe Nogueira Rego

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

5 - Nome completo: Luis Felipe Nogueira Rego 6 - CPF: 017.115.952-76
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: R. José Dias Carneiro 9 - Número: 490 10 - Complemento:
11 - Bairro: alvorado 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-232
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 99113-3855

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
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 necessária, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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 do beneficiário
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Boa Vista RR 03 de julho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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
CNPJ: 05.938.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-9
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 09.398-610

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

Matrícula: **1358189** Fevereiro/2020

Dados do Cliente: FRANCINETE PEREIRA DOS SANTOS VIANA
Endereço para entrega: RUA JORGE DIAS CARNEIRO, 00990 - 1 - ALV
CASA BOA VISTA RR 69317-232

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)	NÚM DE DIAS
LEITURA FAT. 149	158	9	27
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 24/01/2020	20/02/2020		

ULTIMOS CONSUMOS

Período	Consumo (m³)
202001	14-0
201912	12-0
201911	12-0
201910	10-0
201909	12-0
201908	13-0
MEDIA	12

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Leituras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5468 - 2006 Q.M.					
APONTAR	CLORO	TURBIDEZ	ODR	C.TOT(MB)	E.COLI
EXIGIDO	100	100	100	100	100
ANÁLISE	242	242	242	242	242
CONFORME	242	242	242	242	242

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	9 M3	23,83
ESGOTO	80.0 % DO VALOR DE ÁGUA	19,06
JUROS DE MORA 11/2019		0,55

DATA DE VENCIMENTO: 15/03/2020 **TOTAL A PAGAR:** 43,44

IMPRESSO EM 20.02.2020 09:47:13

Via do Cliente

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTPK V8WFJ G36FT SFY3U



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

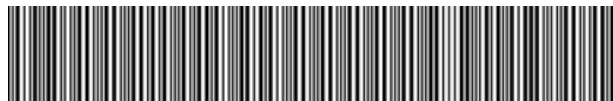
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059





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/DOCUMENTOORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

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

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Luís 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:

☒ Recusa informar

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

Endereço: <u>Rua CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Lauro Moraes</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	TEL.(DDD): <u>9913-3855</u>

Local e Data: Boa Vista 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: **LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO** Data Nascimento: **21/01/1994** Idade: **26 A 1 M 8 D** CNS: **07** CPF: **07** Prontuário: **07**
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo: **M** Estado Civil: **NI** Raça/Cor: **PARDA** Naturalidade: **BOA VISTA - RR** Nacionalidade: **BRASILEIRA**
Mãe: **ANAIDE NOGUEIRA REGO** Contato: **(95) 99102-0009**
Endereço: **RUA - ARARICUERA - SN - SAO VICENTE - BOA VISTA - RR** Ocupação:

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:
Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: Procedência: Temp. Peso: Pressão:
Setor: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chogada: **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol.: Registrado por: **RICARDO PEREIRA**

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

- Colisão umoto x umoto

Anamnese do Enfermagem

GSC
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL:

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___h) Paciente trazido pelo SAMU em prancha cervical + colar cervical, no momento sendo avaliado pelo SAMU, relatando que ao montar o carro estava usando cinto de segurança, acompanhado pelo pai, que usava cinto de segurança. + Pai relatou com colar cervical, paciente voltou sem colar cervical. Exame: Paciente consciente, sem alteração de nível de consciência, CAR. M + D + R.

Exame Físico: Paciente consciente, sem alteração de nível de consciência, CAR. M + D + R.

Hipótese Diagnóstica: Paciente consciente, sem alteração de nível de consciência, CAR. M + D + R.

SADT - Exames Complementares: ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Analgesia 1amp + 9ml NO - Fazer 3ml repetir de 3x (caixa)
2) Dexametasona 500mg
3) Dexametasona 1g IV
4) Gentamicina 240mg IV

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

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

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

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

* Realizo tr de exame e alteração
* Solicito avaliação do exame geral.

laços optura de ptes moles
curar na parte dos dentes.
Ele tem orientado para
da possibilidade de amputação

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

+ fixação
Cd: Ao CC / LM
da parte D + fixação

21/03/20
frente com um elástico
interior de PC + fixação

Rafael Viana de Souza
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM-RR 2047

- Avaliação da articulação
CC: Sem conduto de vergência pole 1
NO: poliflexão
- fechura da pole e parte D

obtenho
TC: Sem lesões cirúrgicas em Torax e
sem sinais de pneumonia. FC 136.
Aprimor, obtendo plano glúteo, indolente.
apresentar discreta dor em Tronco e membros
inferiores, especialmente região de M3 D e pole.
sem melhora no colchete no momento
Paciente desatento com
A CC

15/10
2020/03/10

Anexo 1

NIR

SUS		Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				1788880	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
				9 - SEXO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				11 - TELEFONE DE CONTATO	
R. Amargosa - SN - São Vicente				Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
São Vicente				15 - UF	
				16 - CEP	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
Paciente com múltiplas fraturas expostas de pé + Expor de perna + Expor de					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
HO Unifco					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Raio X + RX + EX. FSI					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
Ex exposta de pé + Expor de					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
Dr. Soares					
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
01/10/20					
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO					
Dr. p. Soares					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - Nº DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
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 - COD. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO					
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
0408050013 → 5822					
0408050462 → 5977					

Allep → 0408050098 → 5723



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Wesley
Nogueira

Data: 01/05/20 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Exatoma de pé e perna (D) + perna (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

AO Weygo

TIPA DE INTERVENÇÃO:

LML + fixação

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

GNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Dr. 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 + Antissepsia + volume de campo
- 3 - LML exortiva com Sol 0,9%
- 4 - Fixação da perna com fixador externo 300
- 5 - Fixação de múltiplas fraturas de pé (D) com fios de Kirschner
- 6 - Fixação da perna com tração trans-osseal
- 7 - LML + sutura por pontos
- 8 - RPA

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2026

Continuar

Observada intensa lesão de partes
moles e lesão vascular anterior e
cominicação de médio pé

Após a fixação o pé do paciente
permaneceva edematoso na região
distal e possibilidade de inviabi-
lidade vascular principalmente no
hálux.


Jonathan Lopes
CRM 17509





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

LUIZ FELIPE NOGUEIRA REBO

Nº

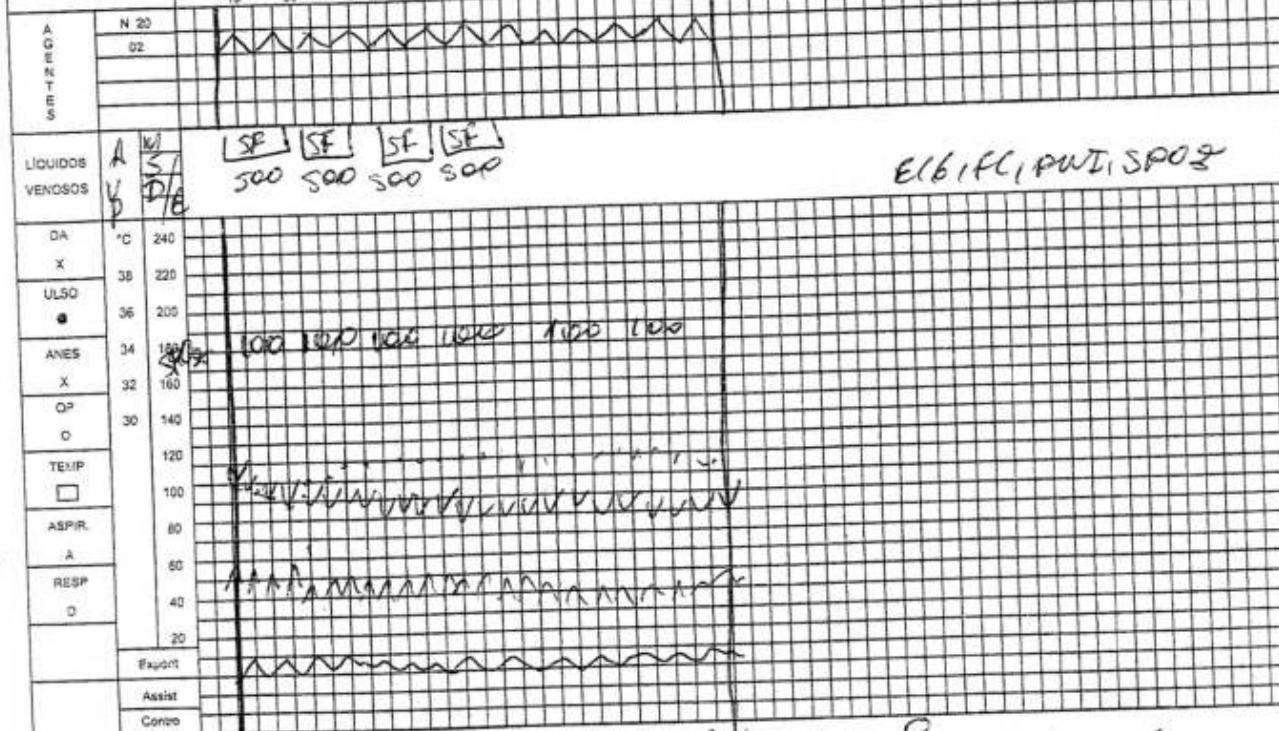
01.03.2020

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

05

06

07



SÍMBOLOS

X O

A F B O +

AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A BUPIVACAÍNA 0,5%		RAQUIDIANESTESIA LOMBAR
B 12mg		MEDIANA HIPERBÁRICA
C		SIMPLES
D		
E		
F		
G		
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringeo
NDGD		Naso / Oro-aqual - Cega
SANGUE		Bol - Tampo - Calibre do Tubo
		Sob Máscara
		Difícilidade Técnica
		TEMPO DE ANESTESIA
TOTAL		

ANOTAÇÕES

X CHECK LOT NR. ANESTESIA + MONITORIAÇÃO

1- ASSERSTA + ANTISSEPTIA DA REGIÃO LOMBAR COM MCD 70%.

2- COLOCAÇÃO DE CAMPO ESTÉRIL

3- INFLTRAÇÃO POR REATOS SUPERFICIAIS E PROFUNDOS COM LIDO 2%.

4- PUNÇÃO COM AGULHA QUINCE 25G, ENTICE L3 - L4.

Lanago - Espasmo - Excesso Secre
Depressão Respiratória - Hipúria
"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Anúria
Bradi Taquicardia - Choque

TRATAMENTO URGENTE
DE PRATURA EXPOSTA TORNZELO (D)

ANESTESIA DR. EDIWO

CÓDIGO

CIRURGIÃO

DR.

PERDA SANGÜÍNEA

RE EVERSON

Edilson A. A. Soares
Médico Anestesiologista
CRM RJ 11.419/2006

06. LIR+, Intencao de
BUPIVACAÍNA 0,5%, 12mg,
SEM INTERCORRENCIAS
3- LECTURACAO
Gua mi rino paciente sem

PÓS-ANESTÉSICOS

Medicação Pré - Anl.	DOSE	VIA	HORA

NA ENFERMARIA

Data / /

Hora

Assinatura _____

$$\begin{array}{r} 22 \\ 1000 \\ 262 \\ 305 \\ 000 \\ 193 \\ 270 \\ 48 \\ \hline 75 \end{array}$$



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

26 anos.

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Luiz Felipe noqueira Neg.			01/10/2020

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
1º Cirurgico de multiphas Fraturas de pé + Fratura de Tibia + traças tras esquelética	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	05:28	07:30	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	Drº Edino
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:	Drº Everson
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
	CIRCULANTE	Elizangela M. Djanira
		Jonathan

PO DE ANESTESIA:	Tempo 05:10.	TEMPO DE DURAÇÃO:
------------------	--------------	-------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		220	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500ml
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 1	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL Cateter P/ 02	
	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSO Atadura 20 cm	
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº agulha Raqui nº 25	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM Clorixidina 100-100ml	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA Topico 100-100ml	
	Elutriades			OUTROS: alcool 70-100ml	

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

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Tel.: 55/11/30484000
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300
Ref. 4747/02 Lote: 19E001531
Registro ANVISA: 10223710095



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: <u>Ortopedia</u>		Procedimento Realizado: <u>TTC Cirurgico de multiplas Fraturas de pé + Fratura de Tibia + traça</u>	
Nome do Paciente: <u>Rui Felipe Noqueira Rigo</u>		IDADE: <u>26 Anos</u>	SEXO: F () M () <u>M</u>	Nº do Prontuário	Data <u>01/03/2020</u>
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala <u>I</u>	Circulante de Sala: <u>Elizomella - Legamira Jonathan</u>	

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima ()		Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT	
	<u>Fixador de 300</u>	<u>1</u>	
	<u>Fio de Kichineu 2.5</u>	<u>1</u>	
	<u>Fio de Kichineu 1,5</u>	<u>1</u>	

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Tel.: 55(11)39484000
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300
Ref.: 4747/02 Lote: 19E001531
Registro ANVISA: 10223710095

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Jonathan 1º AUXILIAR: Dr. Pedro Res 1

INSTRUMENTADOR:

Empresa ()		Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM ()	Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT	

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Tel.: 55(11)39484000
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300
Ref.: 4747/02 Lote: 19E001531
Registro ANVISA: 10223710095

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2008

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Jonathan 1º AUXILIAR: Dr. Pedro Res 1

INSTRUMENTADOR:

2 VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2 OPME/CME

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



Unidade de Saúde
Enfermeira
COREN 25415AIRR



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

Enfermeiro (a):

Hora: 04:50

Data: 01/03/2020

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		HORÁRIO E CHECAGEM
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Queda Prevenir queda	<input checked="" type="checkbox"/> Manter grades elevada na RPA	RPA
<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	
<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"/> Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos Manter o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido – básico	<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)	
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Glicemia Instável Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia	<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 de 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl	05:00
<input checked="" type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada Propiciar a recuperação adequada da pele	<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	
<input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade Física prejudicada	<input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar alinhamento do corpo do paciente	
<input checked="" type="checkbox"/> Dor aguda Controle da dor e promover conforto	<input checked="" type="checkbox"/> Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração) <input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação conforme prescrição médica	
<input checked="" type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz Proporcionar troca gasosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas	<input checked="" type="checkbox"/> Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar <input checked="" type="checkbox"/> Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica	04:50
<input checked="" type="checkbox"/> Náuseas Controle / Ausência de náusea	<input checked="" type="checkbox"/> Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas <input checked="" type="checkbox"/> Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição	
<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade Controle de ansiedade	<input checked="" type="checkbox"/> Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	
<input checked="" type="checkbox"/> Confusão Aguda / Crônica	<input checked="" type="checkbox"/> Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	
<input checked="" type="checkbox"/> Comunicação Verbal prejudicada	<input checked="" type="checkbox"/> Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós operatório	

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

04:50 Paciente admitida na S.O.I. para realização de T.O. Cirúrgico de Anestesia de Fúlex + Fomulox, submetida a laparoscopia; Expressão verbal estável de O2 hemodinamicamente estável.

Registada
Enfermeira
COREN 25415AIRR

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



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJTPK V8WFJ G36FT SFY3t

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome João Felipe Magalhães Reis
Responsável Cirúrgico João Magalhães Reis

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

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

RISCO CIRÚRGICO

() Aplica ☒ Não se Aplica sem risco

SÍTIOS DEMARCADOS

☒ Sim () Não () Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO 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 SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não

() Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

João Magalhães Reis
09/11/2020

Data 09/11/2020 Assinatura Hora: 06:00

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Edmar

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 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: Aplicada Hora: 6:00

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 Aplicam

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

Érika Weruska A. da Silva
Enfermeira
COREN 259164/R

Assinatura e Carimbo

106-3RCP

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE <i>João Felipe Viana</i>				
AGNÓSTICO <i>Ex exportação de arma</i>				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	DATA	NEGA
ITEM		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		Manter	
3	SF 0,9% 500ML EV <i>SND</i>		<i>12/12/24</i>	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		<i>12-13-24-06</i>	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		<i>10/12/24</i>	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		<i>10/12/24</i>	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		<i>SN</i>	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		<i>NTF</i>	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		<i>SN</i>	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		<i>NTF</i>	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		<i>12-13-24-06</i>	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		<i>Manter</i>	
13	SSVV + CCGG 6/6 H		<i>Anotar</i>	
14	CURATIVO DIÁRIO			
15	<i>Metoprolol 50mg EV</i>		<i>12/12/24</i>	
16	<i>Clindamicina 240mg EV</i>		<i>12-13-24-06</i>	
17	<i>Dipirona 500mg EV</i>		<i>12-13-24-06</i>	
18	<i>Tramadol 250mg + SF 0,9% 250ml EV</i>		<i>12-13-24-06</i>	
19	<i>Tramadol 250mg + SF 0,9% 250ml EV</i>		<i>12-13-24-06</i>	
20	<i>Tramadol 250mg + SF 0,9% 250ml EV</i>		<i>12-13-24-06</i>	
21	<i>Tramadol 100mg + SF 0,9% 100ml EV</i>		<i>12-13-24-06</i>	
22	<i>AD BOLD 56</i>		<i>12-13-24-06</i>	
23	<i>DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA</i>		<i>12-13-24-06</i>	
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				
24	<i>MORFINA 10mg + AD: 5ml - FAZGA SND</i>		<i>12-13-24-06</i>	
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				
18 H				
24 H	<i>162/93</i>	<i>114</i>	<i>-</i>	

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

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

18:00
PA: 148/72
FC: 128
leito: 500ml

03/03/2020
Luis Felipe Nogueira Rego
CH 0114200428030
A
274ml.
+
+
9:00 35,5 75x47 122 24
9:15 35,7 101x61 107 19
10:24 35,7 115x86 128 20
Isabel Filizzola
Enfermeira
COREN-RR 56.794-ENF

01/03/2020
Luis Felipe Nogueira Rego
CH 0114200428071
A
+
+
10:50 35,8 103x63 119 16
11:05 35,7 120x63 121 20
12:36 35,8 141x98 117 20
Guilherme Ribeiro
Vasculas 01/03/2020 16:20

Resumo da evolução médica de paciente em internação
Paciente em internação.
Sinais vitais: frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura, saturação de oxigênio.
Pulso radial presente, regular, com TP 34.
Pulso femoral presente, regular, com TP 34.
Pulso popliteo presente, regular, com TP 34.
Pulso tibial presente, regular, com TP 34.
Pulso pedal presente, regular, com TP 34.

João Vieira
Enfermeiro
COREN-RR 123456



GOV. RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



506-3

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	02/03/2020	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				SN
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				Monte 24/06 NVF
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				10:25
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				18:24:06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR				SN 24
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				18:24
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				16
13	CURATIVO				Antima
14	SSVV + CCGG 6/6H				Antima
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 FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM
 QUEIXAS ÁLGICAS.

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

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR		
12 H	140 x 80	95	19	36.7°C	
18 H	116 x 94	90		36.3°C	
24 H	140 x 90	105	-	36.8	

As 12:00h Paciente no leito, Afeto Tardi → 5500
 5500, segue com QUEIXAS nas
 unidades da equipe de enfermagem
 ADM → C. P. M
 cuidados gerais feito

Lucia P. Mender
 de Enfermagem
 COREN-RR 652.335-TE

Geozilene Melo da Souza
 COREN-RR 252.369-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				SND
2	AVP				mentar
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				10:00 12:00 18:00 22:00
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				10:00 22:00
5	GENTAMICINA 240MG EV 1X DIA				22:00
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				08:00
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				SND
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 12/12H				10:00 22:00
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SND
10	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				12:00 22:00
11	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				12:00 22:00
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				16:00
13	CURATIVO DIÁRIO				SND
14	SSVV + CCGG 6/6H				SND
15	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SND
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 FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM
QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO,
ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES
FISIOLÓGICAS 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	141/81	112		36,4°C

06/11/2020
150 mg/dl

18:00h: Não medicado com
SND medicado

Assinado digitalmente por Joao Alves Barbosa Filho
Título: SECRETARIO
COREN-RR 003.942 - 11

UBS: As 12:00 da dia 03/03/20, o paciente no leito medicado com
e sem intervenção e bom estado no leito e não quis brincar o
lençol e segue as cuidados da enfermagem. *João Alves Barbosa Filho*
Assessor de Enfermagem
COEEN-PR nº 451072



Luís Felipe Nepomuceno Rêgo

03.03.2020 — Bloco 108-3

Paciente com múltiplas fraturas, em
tratamento pH Ortopedia.

Re: (1) : sutura com pontos
maiores em deflexão do decúbito impedindo a
fixação dorsal. Não foi visto se nervos
deflexão e se devem estar bem vasculari-
zados.

→ amputação braço e dorso
deformação da imping de
pontos maiores

 Dr. Sérgio Brito
Cirurgia Vascular
CRM-RR 788



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 INTERNACÃO:

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: _____

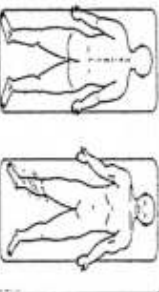
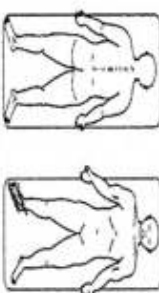


Pronto Atendimento Dr. Ailton Rocha
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes n.º 3308, Bairro Aeroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR,
Tel. (95)2121-0610



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente: <u>Luiz Felipe Noqueira Reis</u> Leito: <u>106.3</u> Data: <u>03/03/2020</u>			

Localização	 Região: <u>MiM</u> Grau: I () II (X)		 Região: <u>MiM</u> Grau: I () II (X)	
Etiologia	() LP I II III IV ?* () Queimadura (X) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tracção</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro: <u>uso de Kirschner</u>			
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____			
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento (X) Serosanguíneo () Seco () Outro: _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: <u>equimose roxa</u>			
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento (X) Serosanguíneo () Seco () Outro: <u>Fibrina</u>			
Quantidade de Exsudato	(X) Molhado () Úmido () Seco			
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____			
Cobertura primária	(X) Gaze (X) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____			
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE			
Observações:	Eliseia Carrvalho Colado Gerente de Enfermagem COREN-RR 778.677 Treinadora em Feridas COREN-RR 488.579-ENF			



GOV. DO ESTADO 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	04/03/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				Manten
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12:00 24:00
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				10:00 22:00
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				12:00 24:00
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06:00
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR				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				12:00 24:00
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				12:00
13	CURATIVO				Realizar
14	SSVV + CCGG 6/6H				Rotina
15					
16					
<p>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 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM MID, LESÃO EXTENSA EM PÉ DIREITO.

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	115x90	94	—	36.6°C	DR AUGUSTO CAVALCANTE
12 H	131x84	107	—	36.6°C	CRM-RR
18 H	136x83	106	—	36.6°C	RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
24 H	160x84	104	—	37.2°C	TRAUMATOLOGIA

Quase 6h 100ml


6h verificada SSVV, administrado medicação

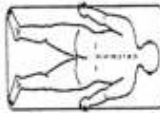



Naides A. Oliveira
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 903.896 TF

Plenário ordinário 04/03/2020
Realizado trabalho + SSV
+ selva por CP? A



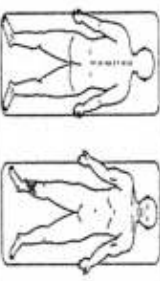
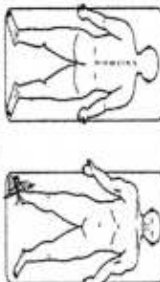
EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente: <u>Leiz Felipe Nogueira Reis</u> Leito: <u>106.3</u> Data: <u>04/03/2020</u>			

Localização	  Região: <u>perna esquerda</u> Grau: I (A) II (C)	  Região: <u>perna direita</u> Grau: I (C) II (C)
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Q1</u> Tração <u>Q1</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro:	
Tipo de Exsudato	() Molhado () Úmido (A) Seco	
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido (A) Seco	
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u>exponção</u>	
Troca	() 12/12 () Diário <u>Manhã</u> () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE Ass. Danilo da Silva Góes Téc. em Enfermagem COREN-RR 504.022 Selma Paula F. da Silva Téc. em Enfermagem COREN-RR 504.022	
Observações:	Discrição: Garibaldi, Garibaldi COREN-RR 504.022 Discrição: Garibaldi, Garibaldi COREN-RR 504.022	

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente: <u>Luiz Felipe Nozigue Reis</u> Leito: <u>1002</u> Data: <u>04/03/2020</u>			

Localização	 Região: <u>perna direita</u> Grau: I () II (X)	 Região: <u>pe de direito</u> Grau: I (X) II (X)
Etiologia	() LPP I III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: <u>Tração</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: <u>Fio de Kachover</u>	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (X) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros:	
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: <u>edema moderado</u>	
Tipo de Exsudato	() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: <u>Quimora toxica</u>	
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
Troca	() 12/12 (X) Diário <u>moderado</u> () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN/RN 507.795/TE	Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN/RN 507.795/TE
Observações:	<u>Elisete Carrvalho Góes</u> Coordenadora de Enfermagem COREN/RN 924.622 Selma Paula F. da Silva Téc. em Enfermagem COREN/RN 924.631	

106-3



GOVERNO DO PARÁ
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		DATA	
ITEM		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE	SND			
2	AVP	Mon 12/11			
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	12-18-24-06			
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	12-18-24-06			
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN	04-20 3-15h SN 18-00			
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	06			
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SN			
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR	SN 18-15 06-10			
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	CIPROFLOXACINO 1G EV 12/12H	12-18-24-06			
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	12-18-24-06			
13	CURATIVO	Produção			
14	SSVV + CCGG 6/6H	Retorno			
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 FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM MID, LESÃO EXTENSA EM PÉ DIREITO, AGUARDA RESOLUÇÃO DO QUADRO. OSTEOSINTESE DE FEMUR PROGRAMADA PARA DIA 6/4/2020 PELA MANHÃ.

06 dias pp = 125/74 FC = 95 T =

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	106/60	68	36	
18 H	152/81	102	37	
24 H	138/79	93	37-28	

Lucieneide A. L...
Téc. em Enfermagem
MRE-RR 856.340.11

12h. medicado c.p.m. qd-
nido SSVV, refe. as
nidades.


Joacina de Aguiar
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 54597-TE

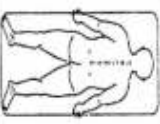
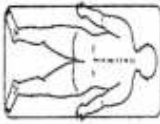
Adm. medicações cpm. paciente
queixa-se de dor adm. med. cipi-
rona 2ml ev. Também diz que não
consegue dormir nem durante o dia
e não tem insônia. queixa-se de dor
na perna e pé direito.

13 - 19h
Paciente medicado
Afund SSVSS
Eldoce Nilma de Souza R. P. 300
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 361219 - AUX




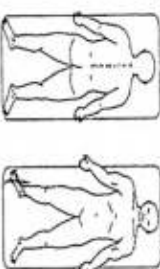
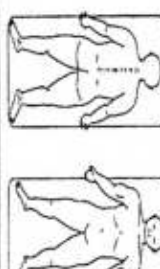


EVOLUÇÃO DO CURATIVO			
 Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013
	Atualizada: 2/2020		
Paciente: LUIZ FELIPE NOGUEIRA Leito: 106-3		Data: 05/03/2020	


Localização	Região: <u>MID</u>	Região: _____
Localização: 	Grau: I <u>II</u> <u>III</u> <u>IV</u> <u>?</u> <u>*</u> <u>()</u> Queimadura <u>()</u> Cirurgia <u>()</u> DM <u>()</u> Vascular Trauma: <u>X</u> Tração <u>X</u> Fixador Externo <u>()</u> Ortopedia Outro: _____	Localização: 
Etiologia <input checked="" type="checkbox"/> LP I II III IV ?* <u>()</u> Queimadura <u>()</u> Cirurgia <u>()</u> DM <u>()</u> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <u>()</u> Dreno/Sonda <u>()</u> Outros _____ <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>X</u> Tração <u>X</u> Fixador Externo <u>()</u> Ortopedia <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I <u>()</u> II <u>()</u> III <u>()</u> IV <u>()</u> ?* <u>()</u> Queimadura <u>()</u> Cirurgia <u>()</u> DM <u>()</u> Vascular Trauma: <u>_____</u> Tração <u>_____</u> Fixador Externo <u>()</u> Ortopedia Outro: _____	Grau: I <u>()</u> II <u>()</u> III <u>()</u> IV <u>()</u> ?* <u>()</u> Queimadura <u>()</u> Cirurgia <u>()</u> DM <u>()</u> Vascular Trauma: <u>_____</u> Tração <u>_____</u> Fixador Externo <u>()</u> Ortopedia Outro: _____
Aparência do Leito <input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <u>()</u> Esfacelo <u>()</u> Granulação <u>()</u> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <u>()</u> Dreno/Sonda <u>()</u> Outros _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normal <u>()</u> Macerado <u>()</u> seca <u>()</u> Eritema / Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <u>()</u> Esfacelo <u>()</u> Granulação <u>()</u> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <u>()</u> Dreno/Sonda <u>()</u> Outros _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normal <u>()</u> Macerado <u>()</u> seca <u>()</u> Eritema / Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <u>()</u> Esfacelo <u>()</u> Granulação <u>()</u> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <u>()</u> Dreno/Sonda <u>()</u> Outros _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normal <u>()</u> Macerado <u>()</u> seca <u>()</u> Eritema / Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____
Pele Perilesional <input checked="" type="checkbox"/> Normal <u>()</u> Macerado <u>()</u> seca <u>()</u> Eritema / Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <u>()</u> Macerado <u>()</u> seca <u>()</u> Eritema / Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <u>()</u> Macerado <u>()</u> seca <u>()</u> Eritema / Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____
Tipo de Exsudato <input checked="" type="checkbox"/> Purulento <u>()</u> Seroso <u>()</u> Sanguinolento <u>()</u> Serossanguíneo <u>()</u> Seco <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Purulento <u>()</u> Seroso <u>()</u> Sanguinolento <u>()</u> Serossanguíneo <u>()</u> Seco <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Purulento <u>()</u> Seroso <u>()</u> Sanguinolento <u>()</u> Serossanguíneo <u>()</u> Seco <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____
Quantidade de Exsudato <input checked="" type="checkbox"/> Molhado <u>()</u> Úmido <u>()</u> Seco <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <u>()</u> Clorexidina 2% <u>()</u> Alcool 70% <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <u>()</u> Colagenase/Fibrinase <u>()</u> Sulfadiazina de Prata <u>()</u> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado <u>()</u> Úmido <u>()</u> Seco <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <u>()</u> Clorexidina 2% <u>()</u> Alcool 70% <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <u>()</u> Colagenase/Fibrinase <u>()</u> Sulfadiazina de Prata <u>()</u> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado <u>()</u> Úmido <u>()</u> Seco <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <u>()</u> Clorexidina 2% <u>()</u> Alcool 70% <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <u>()</u> Colagenase/Fibrinase <u>()</u> Sulfadiazina de Prata <u>()</u> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____
Troca <input checked="" type="checkbox"/> 12/12 <u>()</u> Diário <u>()</u> 48/48h	<input checked="" type="checkbox"/> 12/12 <u>()</u> Diário <u>()</u> 48/48h	<input checked="" type="checkbox"/> 12/12 <u>()</u> Diário <u>()</u> 48/48h
Profissional que realizou procedimento: Bruno S. Pereira Técnico de Enfermagem COREN-PR 106.353 Maria do Rêgina N. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-PR 106.353 Rosângela P. Nunes TAC de Enfermagem COREN-PR 178.677 Elisângela Carolina Galvão Auxiliar de Enfermagem COREN-PR 106.353	Elisângela Carolina Galvão Auxiliar de Enfermagem COREN-PR 106.353	Elisângela Carolina Galvão Auxiliar de Enfermagem COREN-PR 106.353
Observações:		

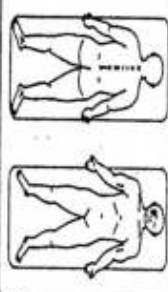
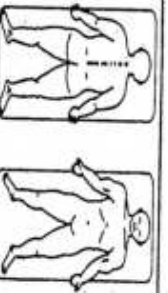
EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR		Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente: <u>Leuz Felipe Moqueena Rayo</u> Leito: <u>206-3</u> Data: <u>06/03/20</u>					

Localização	 Região: <u>M.I. D (pe)</u> Grau: I () II (X)		 Região: <u>M.I. D (punho)</u> Grau: I () II (X) <u>03</u>
Etiologia	(X) LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: <u>—</u> Tração <u>—</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:		
Aparência do Leito	(X) Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo (X) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros		
Pele Perilesional	() Normal (X) Macerado () seca () Eritema / Rubor (X) Outro: <u>Equimose</u>		
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serosanguíneo () Seco () Outro:		
Quantidade de Exsudato	(X) Molhado () Úmido () Seco		
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%		
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<u>Renato Roberto de Jesus</u> T.E. Enfermagem CREA-RR 000113 <u>Benício Sônia Carlos</u> T.E. Enfermagem CREA-RR 367.172 <u>Elisabela Carolina Galvão</u> Enfermeira CREA-RR 579		
Observações:	<u>—</u>		

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR		Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente: <u>Paulo Felipe Joazeiro Reis</u>		Leito: <u>106-3</u>	Data: <u>06/03/2020</u>		

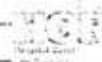
Localização		Região: <u>M.I. D (peça)</u> Grau: I () II (X) III () IV ()		Região: <u>M.I. D</u> Grau: I () II (X) III () IV ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> (X) ortopedia () Outro:			
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (X) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros () Normal () Macerado () seca (X) Eritema / Rubor (X) Outro: <u>Equimose</u>			
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro:			
Tipo de Exsudato	(X) Molhado () Úmido () Seco () Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro:			
Quantidade de Exsudato	(X) Molhado () Úmido () Seco			
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			
Troca	() 12/12 (X) Diário (X) 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	<u>Marli de Matina N. Viana</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 449.709 <u>Elisângela Gualberto</u> Enfermeira COREN-RR 000.488.579 <u>João Darc Paim Loureiro</u> Enfermeiro COREN-RR 467.031.103 <u>Rafaela de Jesus</u> Enfermeira COREN-RR 629.103 <u>Elisângela Gualberto</u> Enfermeira COREN-RR 000.488.579 <u>João Darc Paim Loureiro</u> Enfermeiro COREN-RR 467.031.103 <u>Marli de Matina N. Viana</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 449.709			
Observações:				

106-3



HOSPITAL GERAL 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	DATA
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 VO DE 6/6H SN	
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IR	
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		
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
13	CURATIVO	
14	SSVV + CCGG 6/6H	
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 FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM MID, LESÃO EXTENSA EM PÉ DIREITO, AGUARDA RESOLUÇÃO DO QUADRO. OSTEOSINTESE DE FEMUR PROGRAMADA PARA DIA 6/4/2020 PELA MANHÃ.

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H	120/90	93	35.5	
24 H	120/90	98	36.2	

06/4/2020 | 120/90 | 90 | 36.2

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

 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 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
<p><i>08 de 19 de 07/2020</i> <i>03 Medição de Tensão Arterial</i> <i>03 Medição de Frequência Cardíaca</i> <i>03 Medição de Pressão Arterial</i> <i>03 Medição de Sinais Vitais</i> <i>03 Medição de Sinais Vitais</i> <i>03 Medição de Sinais Vitais</i> <i>03 Medição de Sinais Vitais</i> <i>03 Medição de Sinais Vitais</i> <i>03 Medição de Sinais Vitais</i></p>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
<p><i>Paciente com sinais vitais</i> <i>Afeto SSUS</i></p>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
<p><i>Exame 08/03/2020</i></p>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL 21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
() CNS () CPF			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE			
39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
45 - DOCUMENTO 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
() CNS () CPF			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HCR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente: <u>Leuz Felipe Noqueira Rago</u>	Leito: <u>Leuz Felipe 356-3</u>	Data: <u>08/03/2020</u>		

Localização		Região: <u>M.I. D (pe)</u>		Região: <u>M.I. D (fixador)</u>
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> LPP II <input type="checkbox"/> LPP III <input type="checkbox"/> LPP IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>Tracão</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I () II (X)	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> LPP II <input type="checkbox"/> LPP III <input type="checkbox"/> LPP IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tracão</u> <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I (X) II (X)
Aparência do Leito	<input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<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	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serosanguineo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguineo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:
Solução de Limpeza	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input 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	<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:	Realizado por: <u>Rafaela Miguel Dondoro</u> Enfermeira COREN-RR 468.579-ENF			
Observações:	Realizado por: <u>Rafaela Miguel Dondoro</u> Enfermeira COREN-RR 468.579-ENF			

106-3

 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		DATA		
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 VO DE 6/6H SN					
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8	TRAMAL 100MG + SFO,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					
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 FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO: BÉG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM MID, LESÃO EXTENSA EM PÉ DIREITO, AGUARDA RESOLUÇÃO DO QUADRO. OSTEOSINTESE DE FEMUR PROGRAMADA PARA DIA 6/4/2020 PELA MANHÃ. TRANSFIRO PACIENTE AO HC

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	146x85	95	36	
18 H	13x78	100	-	
24 H			33.6	

12:00h: Paciente em observação C.P. n. 3. não tem no labor. Som. verificados.

08h: Paciente foi transferido P/Hc

18h: Paciente em observação C.P. n. 3. não tem no labor. Som. verificados.

18h: Paciente em observação C.P. n. 3. não tem no labor. Som. verificados.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA

Eu Luiz Felipe Nogueira Rego CPF nº _____

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 médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

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

6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, 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 março de 2020.

Assinatura do paciente: Luiz Felipe Nogueira Rego

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmando 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: 31/3/2020
PACIENTE: Paulo Roberto M. R. 2002 DNI: 3101234
DIAGNÓSTICOS: poliomielite aguda, paralisia flaccida, espasticidade

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: (B2)

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 APAC MARCADA/AGENDADA? () SIM () NÃO
() AGUARDANDO _____

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

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:
Medicamentos + ATB + fisioterapia

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:
paciente com quadro clínico de poliomielite aguda, paralisia flaccida, espasticidade
paralisia flaccida, espasticidade

Boa Vista, 3 de março de 2020. Hora: _____

Augusto Cavalcante
Médico
CRM/RR 1264

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

CRM _____

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

CRM _____

16/03/2020

... Guia de Atendimento 17 ...

67



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

1ª Classificação/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 CLÍNICA MÉDICA DIURNO 07-19 175

Paciente LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO Data Nascimento 21/01/1994 Idade 26 A 1 M 26 D CNS CPF Prontuário 00178880

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade

Mãe ANAIDE NOGUEIRA REGO Pai NI Contato (95) 99102-0009

Endereço RUA - ARARICUERA - SN - SAO VICENTE - BOA VISTA - RR Ocupação

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM Caráter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

Setor PRONTO ATENDIMENTO Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol. Registrado por: DAIANA.KELLE

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ 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)

Paciente encaminhado de HC para atendimento em PE

Exame Físico

Class.

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Indicação para cirurgia

16/03/2020 12:00

Don Silva Martins
Médico
CRM-RR: 2038
RESIDENTE

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

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

óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

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




2001231269

05/04/2020

E Transp: 0610412020

Laudo Para Solicitação De A. I. H. ...

Bloco E L-34

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde				BLOCO E			
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				6 - Nº. DO PRONTUÁRIO 00178880			
5 - NOME DO PACIENTE LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO				8 - DATA DE NASCIMENTO 21/01/1994		9 - SEXO 1 - Masculino	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				10 - RAÇA / COR PARDA		10.1 - ETNIA	
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				17 - COD. IBGE MUNICÍPIO 140010		18 - UF RR	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BOA VISTA				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 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
29 - CLÍNICA CIRURGIA GERAL		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO ELETIVO		31 - DOCUMENTO C. N. S.		32 - Nº. DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE 980016282732587	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE DALSON DENIS DA SILVA FEITOSA				34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 05/04/2020		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
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		46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. ORGÃO EMISSOR	
<input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO		48 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR		52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)		53 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			



SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Data: ____/____/____

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

Atualizado pelo N.J. 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 Luiz Felipe Nogueira Aragão
Responsável Cirurgião Adriano

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

() OXÍMETRO 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 SANGÜÍNEA > 500 ml

() Não

() Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data: ____/____/____ Assinatura: _____
Hora: ____:____

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Adriano

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 resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PERFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica

() Sim,

Qual: _____ Hora: ____:____

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 Aplicam

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

() Sim () Não () Não se Aplica

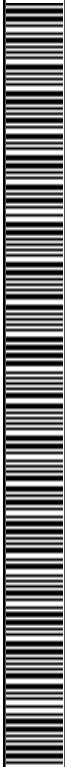
SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

() Sim () Não

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

() Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura e Carimbo



L 40



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 TEUPE NOBUENA R.F.F.O				
DIAGNÓSTICO	FX EXP TERNIZ + OSSOS PERNA + PÉ @				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO		DATA		
ITEM					
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				SND
3	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				manter
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				12 18 24 06
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				06
6	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				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				SN
10	Hidrocortisona 500mg EV 1X AO DIA				16 02
11	Ceftriaxona 1g SC 1X DIA				16
12	SSVV + CCGG 6/6H				16
13	AO HOSPITAL RETAGUAMIA				
14					
<p>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</p>					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

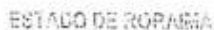
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	140x90	103	-	37,2
18 H				
24 H				

Don Martins
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2038

11.500 EXTRA: 110 mg/pp



EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

EVOLUÇÃO

DATA
HORA

06/09/2020

Frucht: Luteo-folios Nouran Arabo (264)

DN: 21/01/1994

IX Int. Forum

Placenta com Ateromatoses no Feto e no
Feto (1) com alterações cardíacas, Tiro
Tiroide e Coração com alterações no Feto
no Tiroide.

Desse modo ainda falta as respostas de
simões e de novo um círculo completo.

Bruno Vieira
CRM 1231 RR
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

ASSINATURA: _____

CRM: _____



Bloco 5 - Alameda
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA**

Eu Mrs FELIPE NOLAN RETO CPF nº _____
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 médico 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, compreendo, 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 _____

CPF nº: _____ 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 / 22

HGR: B2 - E-34

342
HC



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

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

DIH: 1/1/1
KANBAM: _____ Dieta: _____
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA 1/1/1): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____
Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____
HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
EAS: _____
CULTURAS (1/1/1): _____

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA 1/1/1): 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:

Paciente com amputação de membro
para o dia 06/04 pela manhã

Boa Vista, 05 de 04 de 2020. Hora: 10:00

Dr. Marcelo Marques
Médico
CRM 19118/RR

CRM 19118

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/carimbo do Médico Tullio Portes
Dr. Tullio Portes
CRM-SP 240908
CRM-RR 749

CRM 749

NIR 30 Transf 1710312020

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 DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRIMÁRIO

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 TERCIÁRIO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARA DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF)

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

37 - N° DO BILHETE

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CHAVE DA EMPRESA

41 - COOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COO. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (RP DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Don Silva Martins Médico CRM RR 2038

RESIDENTE ORTOPEDIA

AF

OK

Luiz Felipe Nogueira Rego

PA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE <i>LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO</i>					
AGNÓSTICO <i>FX EXPOSTA FEMUR (D) + OSSOS PERNA + PÉ D + NÚCLEO SE</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	DATA			
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H <i>EV 10/15 20/15</i>				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>20 - 08</i>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>10/04/2017</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>10/04/2017</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>10/04/2017</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H <i>10/04/2017</i>				<i>04:45 PM</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	<i>CHASAP 40mg SC 1x ao dia</i>				
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	<i>9</i>
12 H				
18 H				
24 H	<i>120x80</i>	<i>86</i>		<i>36,5°C</i>

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06:00 hs
150x80
93
36,6°C

Coelho

Edmarcio Martins da Silva
CRM-RR: 2038

Edmarcio Martins da Silva
Técnico de Enfermagem
Corg-RR 006.524.646

16:45
PA 120x90
FE 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 FEMUR (D) / OSSOS PERNAS / NEUROSE																				
ALERGIAS	Ø	HAS	NEGA	DM2	NEGA																
IDADE		LEITO		DATA	17/03/2020																
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																
1	DIETA ORAL LIVRE				SIN																
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manten																
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SIN																
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H <i>lg W 6/6H. sin</i>				SIN																
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				OG																
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				suspensão																
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SIN																
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				OG 14 20 02																
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				OG																
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SIN																
13	SSVV + CCGG 6/6 H				Reine																
14	CURATIVO DIÁRIO				curativo																
15	Clexane 40mg SC 1x/24h				OG																
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
<p>AO HC</p> <p>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</p> <p>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:</p>																					
<p>SINAIS VITAIS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						6 H	PA	FC	FR	12 H				18 H				24 H			
6 H	PA	FC	FR																		
12 H																					
18 H																					
24 H																					
<p>MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</p>																					





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

Eu João Felipe Menezes Rego CPF nº _____

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 Retaguara 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 médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguara;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, 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 março de 2020.

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmando 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 _____ / _____



HOSPITAL DAS CLINICAS Dr. WILSON FRANCO

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

DATA: 16/03/2010
PACIENTE: Mrs. Feire Noqueira
DIAGNÓSTICO(S): DN: 1/1

DIH: 1 1 1

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 1/8/00): Hb: Ht: Ur: C:

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

Cl: _____ HCO³⁻: _____ PH: _____ BE: _____ PO³⁻: _____ PCO²: _____

EAS _____

IMAGEM _____

ANTIBIOTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Boa Vista, 10 de 03 de 2012. Hora:

CRM_____ /

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

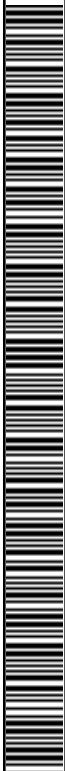
Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/Carimbo do Médico

CRM 944 PP

Dr. Magda N. Melo
Clínica Médica
CRM-RR 944/RR





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GILIO CRUZ		REGISTRO GERAL 239717	DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016
 Polegar Direito		NOME WILLIAM GONÇALVES FRANCO	
Assinatura do Titular <i>William Gonçalves Franco</i>		FILIAÇÃO GERALDO ROCHA FRANCO	
		MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO	
NATURALIDADE SANTA INÊS - MA		DATA DE NASCIMENTO 09/12/1978	
DOC. ORDEM CERTO CAS 10492 FLS 292 LIV B-35		825.396.343-20	
2 OF BOA VISTA - RR		AMADEU ROCHA TRIANI Partido Progressista do Povo Bomero do Brasil	
2 VIA		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	
CARTEIRA DE IDENTIDADE			



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 - OSTEOSSÍNTESE (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: Solteiro
PROFISSÃO: autônomo RG: 356710-9
CPF: 017.115.959-76 ENDEREÇO: R. Jorge Dias Carneiro
BAIRRO: Alvorada CIDADE: Itaúna - MG
CEP: 69.317-232

VÍTIMA: Luiz Felipe Nogueira Rego
CPF: 017.115.959-76 DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: ☐ D.A.M.S. ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Frazão
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
ENDEREÇO: Rua C.A. 11, 294, Loura 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.

Brasília, 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 Racionalização 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

Type: **Text**

Sociedade anônima

Don't be Entrepreneurial

Normal

NO An Dentonin

00-2018/017153-4

26/01/2018 - 10:52:13

JUCERJA

Último Argumento

00003131301 - 18/12/2017

NIRE: 33.3.0026479-6

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO PRIVAT S/A

Salute(s): 102595004

Hash: ECC52023-0730-4232-8033-7CC99430A908

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

**REQUERIMIENTO**


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:

[illegible]

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 D0003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECF8FFD5CF68740F233K496AFDA80E1FB8

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

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 33.3.0028479-6 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.juceja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 3/13



JUCEJA
Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro



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



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 investitura 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 crime 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 1976, 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, rerratificar 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 Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas
Página 2 de 3

Ch *Luc*

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: FD6974386FA48220CFDE4B56APADE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

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

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: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA30E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag: 5/13



**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

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 Líder 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 CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 06-2018/017153-4 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: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.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 Líder 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 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: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo: Pag. 10/13





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 Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 1 de 10

Bernardo F.S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS 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



4996508

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 Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 2 de 10

Bernardo F. S. Barwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS 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: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7B45C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



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 Assembleia 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 Assembleia 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 Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 3 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS 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



4996510

convocada.

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 Assembléias 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 Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 4 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS 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: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



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 alçada 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 alçada 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 Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 5 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICADO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86683B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



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 Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 6 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS 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



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 escriturar 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 alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- i) aprovar qualquer transação para pôr término a litígio dentro da alçada 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 de 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 Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 7 de 10

Bernardo F.S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS 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: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208295B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



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 Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 8 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS 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



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 início 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 Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 9 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS 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: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

de março de 1967.

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.

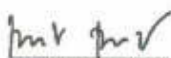
ARTIGO 31 - A Companhia assegurará a seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais, presentes e passados, nos casos em que não houver incompatibilidade com os interesses da Companhia e na forma definida pela Diretoria Executiva a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles instaurados 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 CONSORCIOS 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 Firmo Oliveira
Rua do Carmo, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2107-9000

AD828690
088674

Reconheço por AUTENTICIDADE as firmas de: **HÉLIO BITTON RODRIGUES** e **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES** (X00000529453)

Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018. Conf. por: Serventia T.J.FUNDOS

Em testemunho da verdade.

Paula Cristina A. D. Gaspar - Aut.
ECLP-56891 HCLP-56892 DRS

Consulte em <https://ww3.tjri.jus.br/sitapublico>

CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ
Paula Cristina A. D. Gaspar
3.9% Escrevente
CPE 46062 série 06077 ME
Aut. 2015 3ª Lei 8.936/94



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 CORPORATE 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**; **INVESTPREV 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**; **POTTENCIAL 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.**; **SUHAÍ 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 mandato.





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; **JOSELAINE 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 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.

Rio de Janeiro, 25 de setembro de 2018.



MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS

OAB/RJ 135.132

