



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Nome completo: Jonas Pereira da Conceição
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro
Profissão: Pescador RG: 260815 SSP/ RR
CPF: 000.939.642-00 Endereço: Rua: Julio C. abreu Nº: 1080
Bairro: Nossa Sra. do Carmo CEP: - Município: Caracaraí / RR
Telefone: (95) 99143 - 7590 E-mail: Pereira.jonas717@gmail.com

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

Boa Vista/RR, 14 de outubro de 2020.

Jonas Pereira da Conceição
Outorgante

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

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome completo: Jonas Pereira da Conceição
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro
Profissão: _____ RG: _____ SSP/_____
CPF: 000.939.642 - 00 Endereço: Rua: Julio C. Abreu N°: 1080
Bairro: Nossa Sra. Luramanto CEP: _____ Município: Canacana / RR
Telefone: (99) 99143 - 7590 E-mail: Pereira.jonas717@gmail.com

Pelo presente documento, declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado hipossuficiente na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 14 de outubro de 2020.

x Jonas Pereira da Conceição
Declarante

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Jonas Pereira da Conceição
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Pescador
IDENTIDADE:	260815
ENDEREÇO:	Rua: Julio C. Abreu - 1080 - Nossa Sra Lizardo

OUTORGADO

NOME:	Shor Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114807
ENDEREÇO:	Rua: Antonio P. Galvão - 1832, Curitiba

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 15 / 05 / 2020, cobertura Invalidez, vítima: Jonas Pereira da Conceição

Por Vta - RR, 14 de julho de 2020.

LOCAL E DATA

Jonas Pereira da Conceição

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Je suis Purino da Louca, oô



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

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: PJSJLR Z38Y3 XMVVT B5X6D



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜINEO FATOR RH	DIABETE ☐ SIM ☐ NÃO	HEMOFILIA ☐ SIM ☐ NÃO
ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO		
DOADOR DE ORGAOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993) ☐ SIM ☐ NÃO		

CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO			
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO			
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO			
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO			
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			

06

322.731/0001-13

EMPREGADOR: REIRA TRES PONTO CINCO LTDA EPP

174 km 247 Vila 500

Cep: 69.360-00

MUNICÍPIO: Caracaraí Roraima UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO:endente Geral

CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO: 09 DE Novembro DE 2010

REGISTRO Nº: 01 FL. FICHA: 34

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 700,00
(Setecentos Reais)

MAD. TRES PONTO CINCO
Gilberto R. Gomes
CPF: 215.377.633-34

DATA DE SAÍDA: 23 DE DEZEMBRO DE 2010

MAD. TRES PONTO CINCO
Gilberto R. Gomes
CPF: 215.377.633-34

COM DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

07





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 6615/2020 - Registrado em: 14/07/2020 às 12h 58min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 15/05/2020 às 15h 00min

LOCAL DO FATO

Município: CARACARAI

Logradouro: VICINAL

Bairro: CENTRO

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº: S/N

CEP: 69360-000

Tipo de local: VIA RURAL

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

JONAS PEREIRA DA CONCEIÇÃO(30), nascido(a) em 15/05/1990, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de PESCADOR, CPF Nº 000.939.642-00, País: BRASIL, natural de CARACARAI-RR, filho(a) de JULIA PEREIRA DA SILVA e GENEZIO BATISTA CONCEIÇÃO, endereço: JULIO C ABREU, cep: 69360-000, Nº: 1080, bairro: CENTRO, CARACARAI-RR, complemento: NOSSA SRA LIVRAMENTO, Telefone: (95) 99143-7590.

OBJETOS

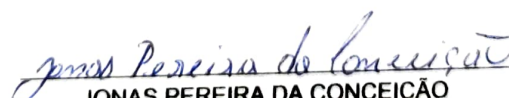
Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO-DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ES, ANO 2011/2012, CHASSI: 9C2KDO550CR536954, PLACA: NAU-1109, DE PROPRIEDADE DE ALEXANDRE RICARDO PEREIRA DA SILVA, CPF: 564.852.982-15 NO ENDEREÇO ACIMA INFORMADO QUANDO UMA MOTOCICLETA INVADIU A CONTRA-MÃO DA VIA COLIDINDO LATERALMENTE COM A MOTOCICLETA DO COMUNICANTE FAZENDO QUE O MESMO PERDESSE O EQUILIBRIO E VIESSE A CAIR. QUE COM A QUEDA O MESMO SOFREU UMA FRATURA NO BRAÇO DIREITO. O MESMO INFORMA AINDA QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS ATÉ O HOSPITAL IRMÃ AQUILINA E EM SEGUIDA PARA O HGR. É O RELATO

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

JOSÉ R. C. ARAÚJO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000432
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE


JONAS PEREIRA DA CONCEIÇÃO
COMUNICANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETIAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 011550037221

00416/67133

2013

ALEXANDRE RILARDO PEREIRA DA SILVA

CRACARAI-RR

564.852.982-13

NAU1109

9C2KD0550CR536954

FAS/MOTOCICLET/NAO APLIC.

COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

HONDA/NXR150 BRUS ES

ANO FAB 2011 ANO MOD 2012

2P/0149CD/

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

PAGO

PAGO

1° *****

** PAGO

COTA UNICA **

2° *****

3° *****

PRÊMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL

DATA DE PAGAMENTO

02/09/2015

SEM RESERVAÇÃO DE COTA UNICA * PROIB SAIR DA A
MAZ UCL

CRACARAI-RR

28/03/2016

RR Nº 011550037221 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

564.852.982-13
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 01 564.852.982-13

NAU1109

00416/67133

HONDA/NXR150 BRUS ES

2011

9C2KD0550CR536954

PRÊMIO TARIFARIO

R\$129.04

R\$11.34

R\$143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$)

R\$4.15

R\$1.11

R\$292.01

☒ COTA UNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

02/09/2015

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.243.508/0001-04
www.sugita.localidex.com.br

60007

JUL-2015

15/05/20 ortopedia (Dr. Brauer),
laesão com fratura da
radio proximal
L. Ho com co-
internação e 1 progeria
Wray co

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

Obs: Exames de pré-operatório
já solicitados no momento
da intervenção,

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			
2 - CNES			
4 - CNES			
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			
8 - DATA DE NASCIMENTO			
9 - SEXO			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			
11 - TELEFONE DE CONTATO			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			
14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO			
15 - UF			
16 - CEP			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
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			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () 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 - DOCUMENTO			
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO			
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
JONAS PEREIRA DA CONCEIÇÃO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
		15/05/1990	
9 - SEXO		10 - RAÇA/COR	
Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3			
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
		DDD	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
		DDD	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
JULIO CRISPIM DE ABREU, NOSSA SENHORE DO LIVRAMENTO, 1080			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	
CARACARAÍ			
18 - UF		19 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO NO DIA 15/05/2020 COM FRATURA DE RÁDIO PROXIMAL DIREITO. NEGA COMORBIDADES, SEM SINTOMAS RESPIRATORIOS. AO EXAME FÍSICO DE OUTRAS PARTES NADA DIGNO DE NOTA.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima

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

EX CLINICO + COMPLEMENTARES

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE RADIO PROXIMAL DIREITO

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

ORTOPEDIA

() CNS () CPF

4 4 6 2 9 4 1 3 2 1 5

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

ITAMAR DE BRITO TRAJANO FILHO

16 / 05 / 2020

Clínica de Endocrinologia e Metabolismo - RUA...

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

sábado, 16 de maio de 2020

ADMISSÃO – CLÍNICA MÉDICA

Paciente: JONAS PEREIRA DA CONCEIÇÃO

Data de Nascimento: 15/05/1990

CNS: 702809107274665

Data da Internação Hospitalar: 15/05/2020

Data da Internação no Canarinho: 16/05/2020

Hipótese Diagnóstica: FRATURA DE RADIO PROXIMAL DIREITO

História da Doença Atual:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO NO DIA 15/05/2020 COM FRATURA DE RÁDIO PROXIMAL DIREITO. NEGA COMORBIDADES, SEM SINTOMAS RESPIRATORIOS. AO EXAME FÍSICO DE OUTRAS PARTES NADA DIGNO DE NOTA. NO MOMENTO APRESENTANDO DOR LOCAL LEVE.

Ao exame: BEG, vígil, eupneico em ar ambiente, hidratado, normocorado, afebril ao toque.

ACV: RCR, 2T, BNF sem sopros.

AR: MV+ s/ RA.

ABD: Plano, RHA+, normotimpânico, indolor à palpação..

CD: Suporte clinico mantido + AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA.

Dr. Itamar Tavares Filho
Clínica Médica RQE 539
Endocrinologia e Metabolismo RQE 540
CRM-PA 1227

44

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		07/04/2020		DN	
PACIENTE		JONAS PEREIRA DA CONCEIÇÃO			
DIAGNÓSTICO		FX DE RÁDIO PROXIMAL D			
ALERGIAS		NEGA		HAS	
IDADE		46		LEITO	
ITEM		NEG		DM2	
		44		SIM	
		DATA		17/5/2020	
		PRESCRIÇÃO			
		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL P/ DM	SND			
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER			
3	SF 0,9% 500ml EV ACM	ACM			
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	6			
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	06-12-18-24			
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8hSN	SN			
7	Ondasetrona 8mg ev ou vo de 8/8h S/N	SN			
8	NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	SN			
9	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA			
10	TENOXICAN 40 MG 1 X DIA	16			
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					

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.

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	GLICEMIA
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015
Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124
Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231

06 - Paciente no leito, foi
med. opn. segue aos cuidados
da enfermagem.

Marta Antonia Costa
Aux. de Enfermagem
Coren Nº 249.284

44

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO					
PACIENTE	JONAS PEREIRA DA CONCEIÇÃO				DN
DIAGNÓSTICO	FX DE RADIO PROXIMAL				
ALERGIAS					
IDADE	26	HAS		DM2	
LEITO	44	DATA	18/5/2020		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				(6) N
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					

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.

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120x70	67		36,1 C
12 H				
18 H	110/70	61		36,3 C
24 H				

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

06h post em repouso no leito
deitado, orientada, nega queixas
segue sob cuidados de enf. Quil

Patricia P. Rocha
Téc. Enfermagem
COREN/RR 639.007

44

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE		JONAS PEREIRA DA CONCEIÇÃO			
DIAGNÓSTICO		FX DE RADIO PROXIMAL			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
		44		19/5/2020	
ÍTEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE			SND
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			MANTER
3		SF 0,9% 500ml EV ACM			ACM
4		OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA			(6) 18/24
5		DIPIRONA 1G EV 6/6H SN			SN
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN			SN
7		ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN			SN
8		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			SN
9		SSVV + CCGG 6/6 H			ROTINA
10		CURATIVO DIÁRIO			MANHÃ
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					

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.

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	100x60	60	18	36,1
12 H	130x80	67		35,8
18 H	130x70	74	18	36,4
24 H	90x50	60	18	36,2

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Joamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

07as 13h - A paciente sem medicações de horário,
segue aos cuidados da enfermagem.
16as 10as no leito, não foi admin. medicação
te 18as 14, não tem mais febre hospitalar
Segue aos cuidados da enfermagem. te 18as.

Benivalda Silva Ribeiro
Técnica de Enfermagem
CORREÇÃO

44

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO					
PACIENTE	JONAS PEREIRA DA CONCEIÇÃO				DN
DIAGNÓSTICO		FX DE RADIO PROXIMAL			
ALERGIAS					
IDADE		HAS		DM2	
		LEITO	44	DATA	20/5/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				(6) WTA
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					

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 .

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITA PA	FC	FR	TEMP
6 H 90x62		63	
12 H			
18 H			
24 H 120x60		60	

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015
Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124
Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231

Aferido SSVV. Não adm. item (4), não
está disponível na farmácia. Paciente
sem queixas, segue com cuidados de
enfermagem!

Priscila Pereira da Silva
CRM 407510.030 - TE



44

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DN		
PACIENTE		JONAS PEREIRA DA CONCEIÇÃO		
DIAGNÓSTICO		FX DE RADIO PROXIMAL		
ALERGIAS				
IDADE		HAS	DM2	
LEITO		44	DATA	21/5/2020
PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1 DIETA ORAL LIVRE				SND
2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3 SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4 OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5 DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				06 12 18 24
6 TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7 ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8 CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9 SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10 CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
13				
14				
15				
16				
17				
19				
20				
22				
23				

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 DULML,
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 .

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITA/PA	FC	FR	TEMP
6 H			
12 H			
18 H			
24 H			

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231

44

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO					
PACIENTE	JONAS PEREIRA DA CONCEIÇÃO				DN
DIAGNÓSTICO	FX DE RADIO PROXIMAL				
ALERGIAS					
IDADE		HAS		DM2	
LEITO	44	DATA	21/5/2020		
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				06 12 18 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					

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.

RISCO OK
AG CIRURGIA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015
Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124
Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 1038
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231

L- 60 44

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	JULIA PEREIRA DA CONCEIÇÃO				
AGNÓSTICO	Fm Antro Proximal (D)				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	16/05/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manten
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SU
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				24 06 12 18
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SU
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				ATENÇÃO
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				06 14 22
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SU
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H (Susp.)				Susp.
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H (Susp.)				Susp.
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SU
13	SSVV + CCGG 6/6 H				rotina
14	CURATIVO DIÁRIO				rotina
15					
16					
17					
18					
19	Ao Hospital de Alta Gomes Carneiro Após exames.				
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: # CONDUÇÃO: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	130/80	58		36,4
18 H				
24 H				

Dr. Bruno Vieira
CRM 1231 RR

16 MAIO 2020

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



UCN

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

Eu JONAS PEREIRA DA CARVALHO 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, 16 de março de 20 20.

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 _____ / _____



RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 16/05/20 Paciente na Condição DN: / /
PACIENTE: JOMAR
DIAGNÓSTICOS: FX NAPO Proximant

- 1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: Bloco B
- 2- PACIENTE: () ACAMADO ☒ DEAMBULA () O2 SUPLEMENTAR
- 3- DIETA: ☒ VIA ORAL () SNE () OUTRA _____
- 4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? () SIM ☒ NÃO
() AGUARDANDO _____
- 5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? () SIM ☒ NÃO
() AGUARDANDO _____
- 6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? () SIM (☒) NÃO
() AGUARDANDO _____
- 7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? () SIM ☒ NÃO
() AGUARDANDO _____

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

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

Insuficiência

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

B36, 60, 8/2020

Boa Vista, 16 de MAIO de 2020, Hora: P: 12

Dr. Bruno Vieira
CRM 1231 / RJ
Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

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

Dr. Iderson P. Silva
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RJ 1733

244

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

SETOR:	ENF:	LEITO: 44	DN:15/05/1990	DICanarinho:16/05/2020
NOME DO PACIENTE: JONAS DA CONCEIÇÃO				
HD: FRATURA DE RÁDIO PROXIMAL DIREITO				
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO	
16/05/2020	1. DIETA ORAL LIVRE		SND	
	2. AVP		MANTER	
	3. SF0,9% 500ML EV ACM		ACM	
	4. Omeprazol 40mg EV ou VO 1x dia		06 ^h	
	5. DIPIRONA 1G EV 6/6 HORAS		12 18 24 06 ^h	
	6. TENOXICAN 20MG EV 12/12H SN		12 24 ^h	
	7. TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV 8/8H EV SN		SN	
	8. ONDANSETRONA 8MG EV ou VO 8/8 HORAS SN		SN	
	9. CAPTOPRIL 25MG ICP SE PAS> 160mmHg e/ou PAD 110mmHg		SN	
	10. SSVV + CCGG		ROTINA	
	11. Correção de glicemia conforme tabela ao lado		ATENÇÃO	
	12. CURATIVO DIÁRIO		CURATIVO	

Dr. Itamar Trajano Piffiro
Clínica Médica-RQE 539
Endocrinologia e Metabolologia-RQE 544
CRM-RR 1277

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

Até 200: 0	301 – 350: 06 UI
201 – 250: 02 UI	351 – 400: 08 UI
251 – 300: 04 UI	> 401: 10 UI Chamar Plantonista
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL	

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS				
Horário	06h	11h	17h	23h
PA	110x60		125/78	110x60
FC	73		80	69
Tax	36 ^º		36 ^º	36 ^º
FR				
Evacuação				
Diurese	Puntu			Puntu
Dextro				
Insulina Regular				
SNG				
Dreno				

Obs - não tem omeprazol na farmácia





Nome: **JONAS PEREIRA DA CONCEIÇÃO**
Data: 19/05/2020 Idade: 30A Procedência: HGR
Médico Solicitante: DON SILVA MARTINS

Cód. Pac.: 56450

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COTOVELO DIREITO

Protocolo

Foram realizadas aquisições axiais de 1 mm, em aparelho multidetector.

Indicação

- Fratura.

Relatório

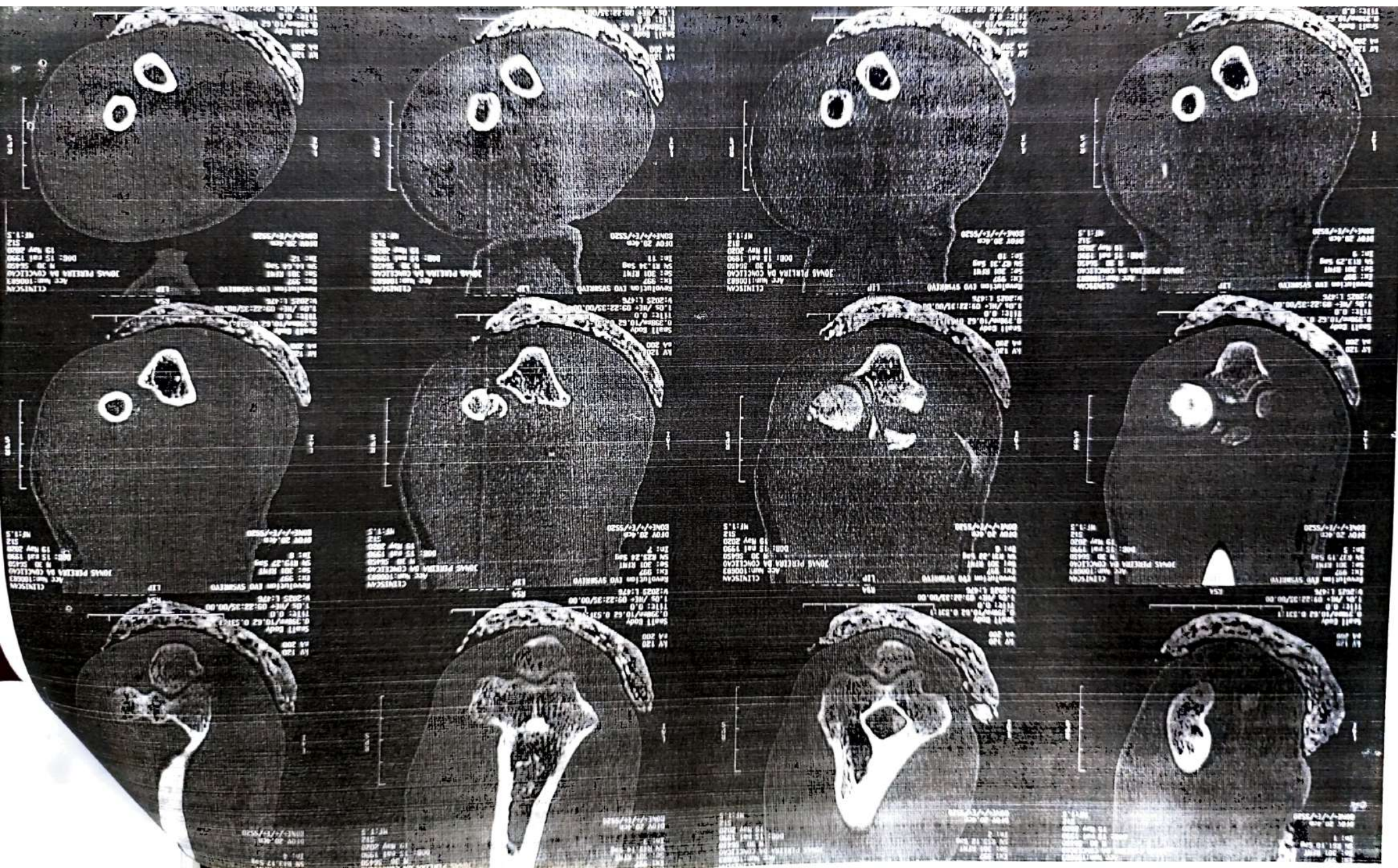
- Estudo realizado em aparelho gessado.
- Sinais de fratura com fragmentos ósseos associado, junto ao aspecto posterior da cortical posterior da tróclea umeral (fragmentos intra-articulares junto ao recesso posterior da articulação, medindo até 0,7 cm).
- Fratura do processo coronóide da ulna, notando-se fragmentos intra-articulares destacados (cerca de três maiores fragmentos), medindo até 1,2 cm no recesso articular anterior.
- Fratura do colo do rádio de aspecto completo, com discreto desalinho associado.
- Sinais de densificação difusa do subcutâneo dos planos gordurosos.

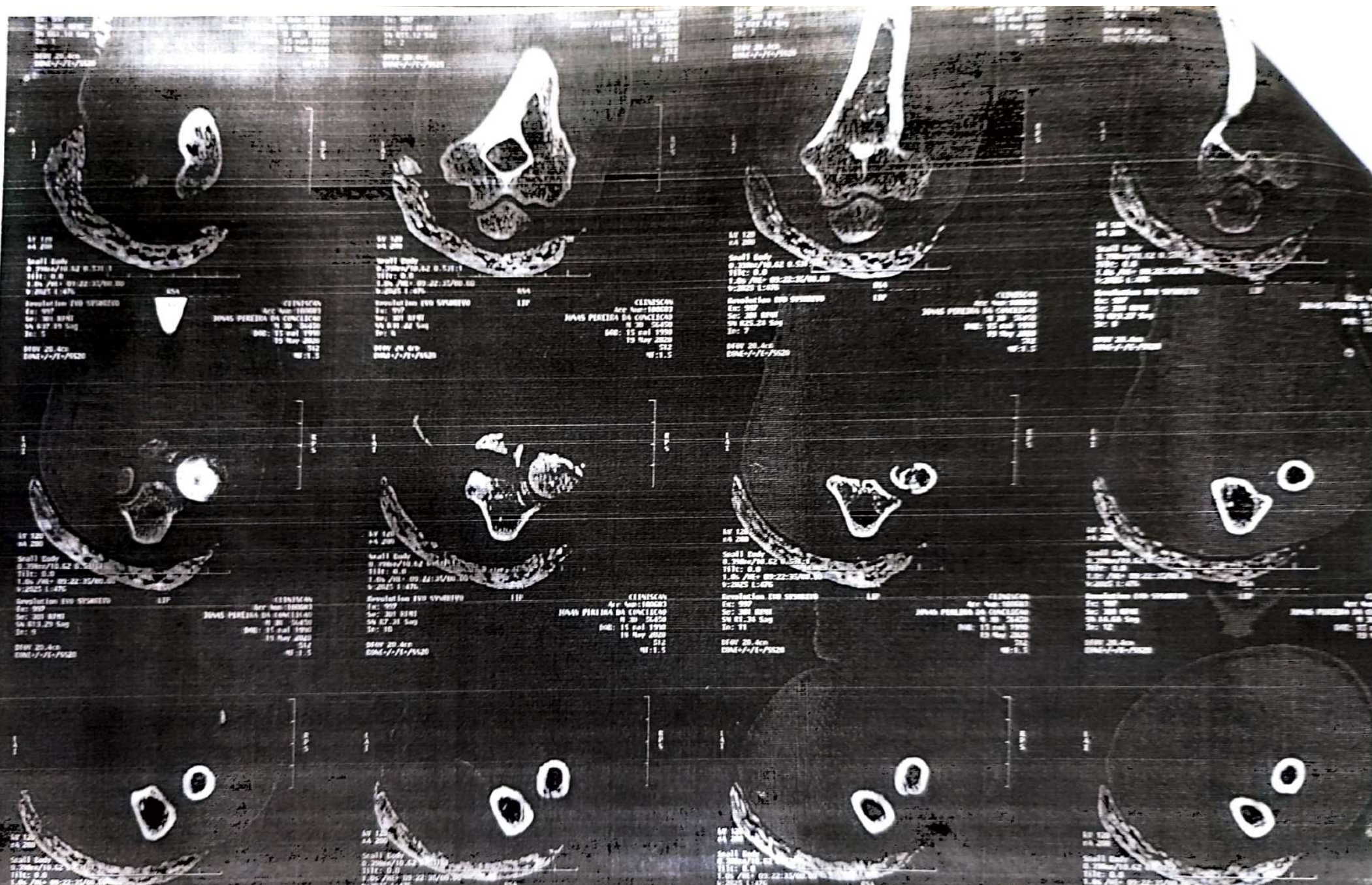
Dr Daniel Lopes Azevedo, RQE 566
Responsável Técnico

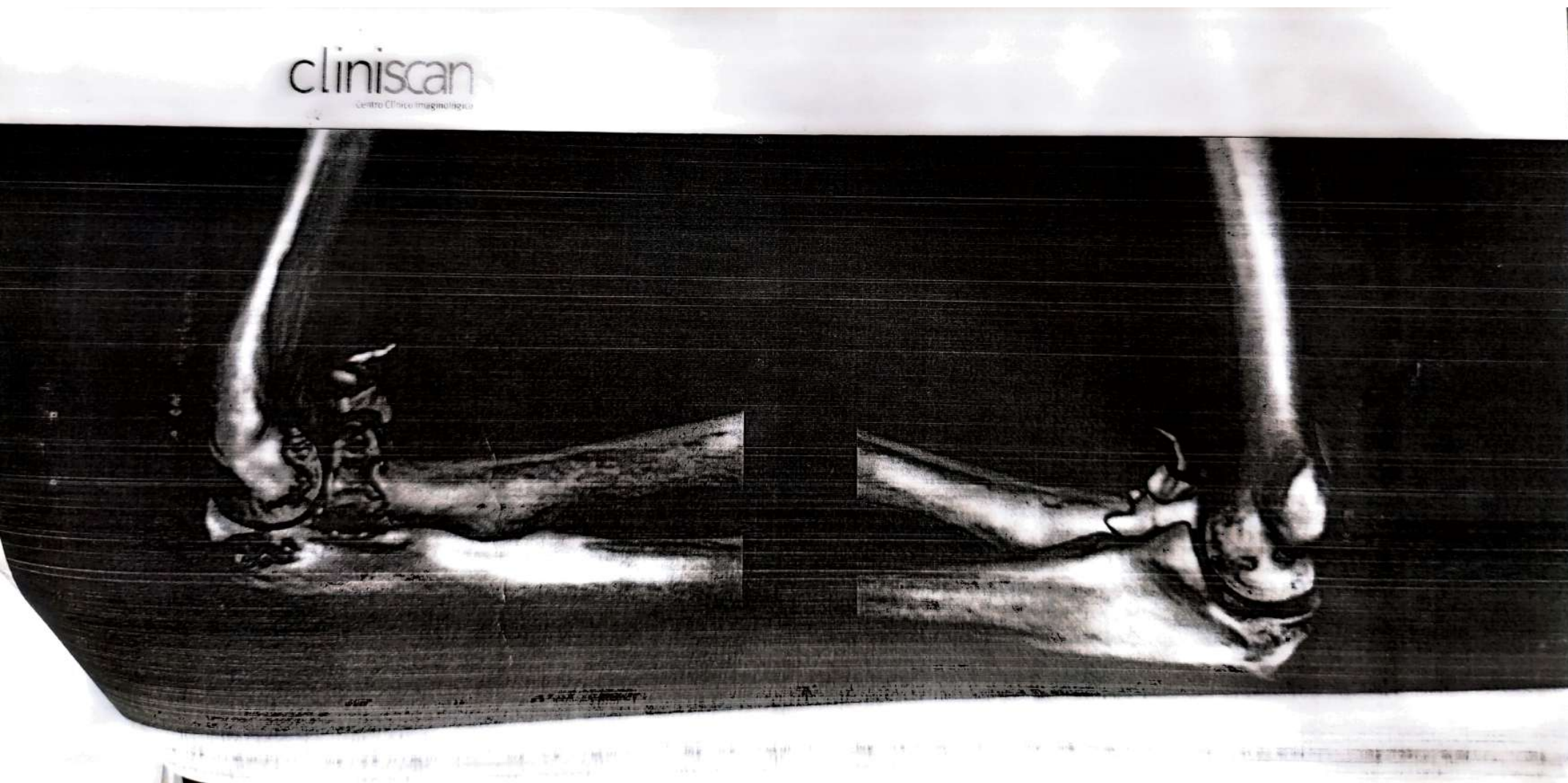
Dr Daniel Lopes Azevedo
Membro titular do CBR

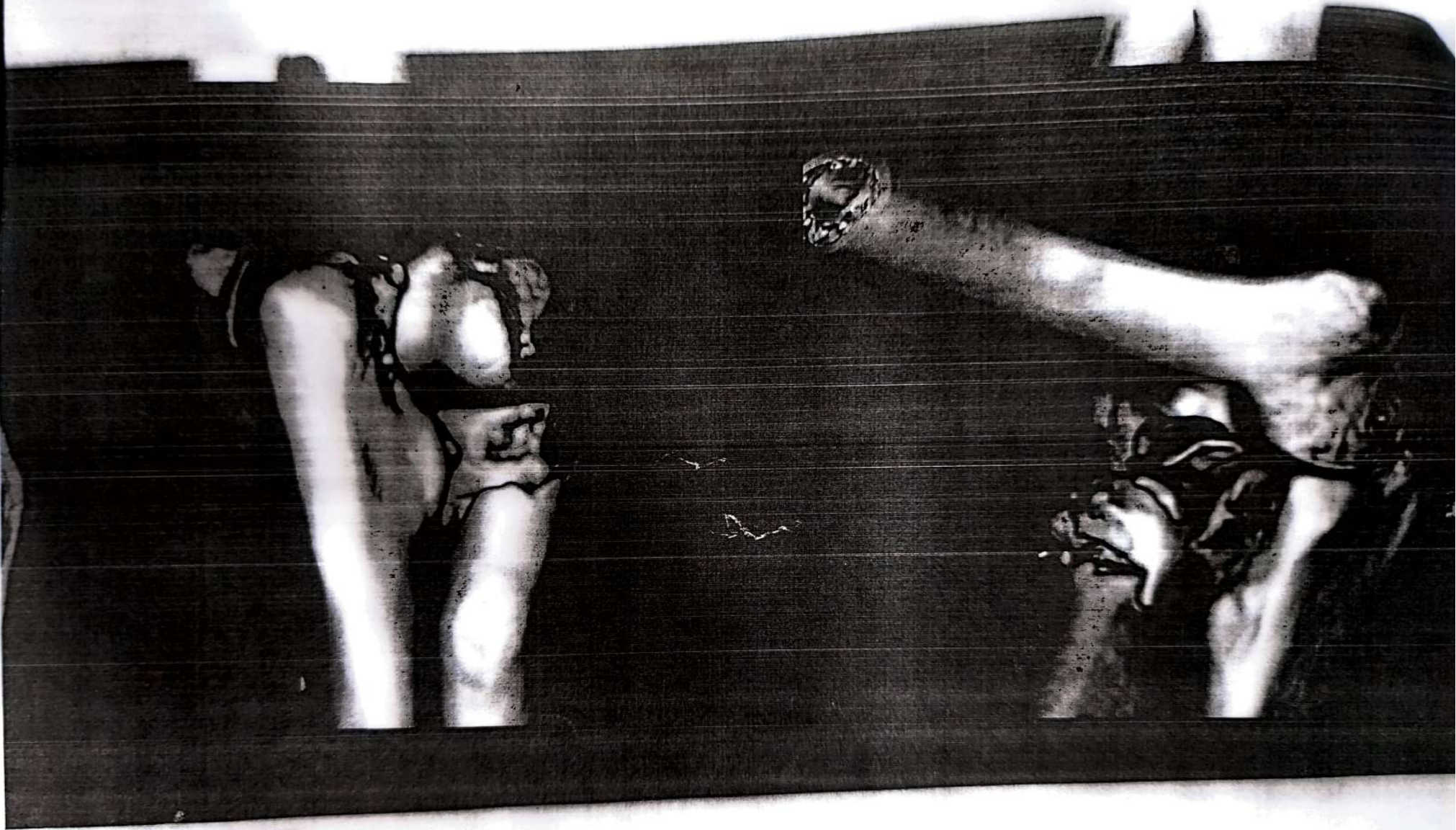
/ CRM:1191 RR

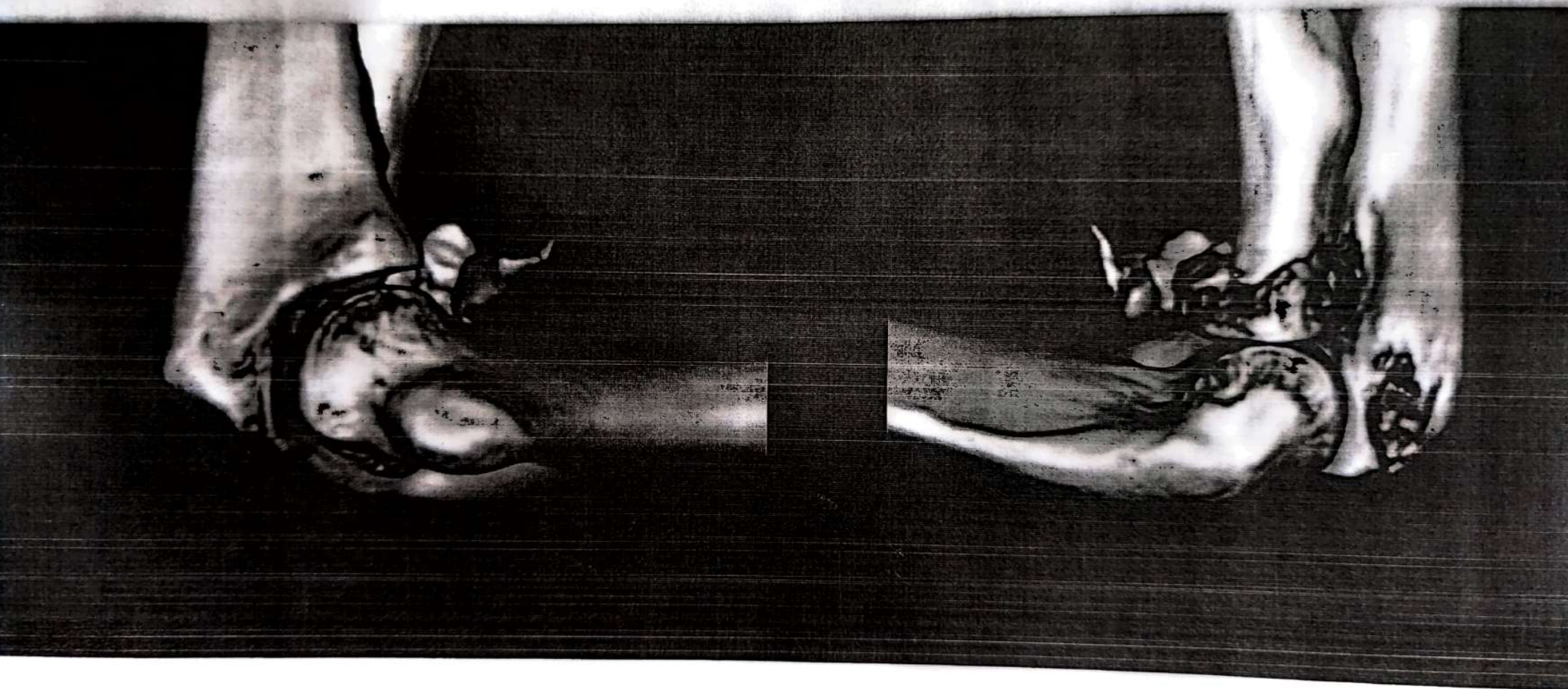
NOTA: As informações contidas neste resultado representa a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode ser modificada de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.





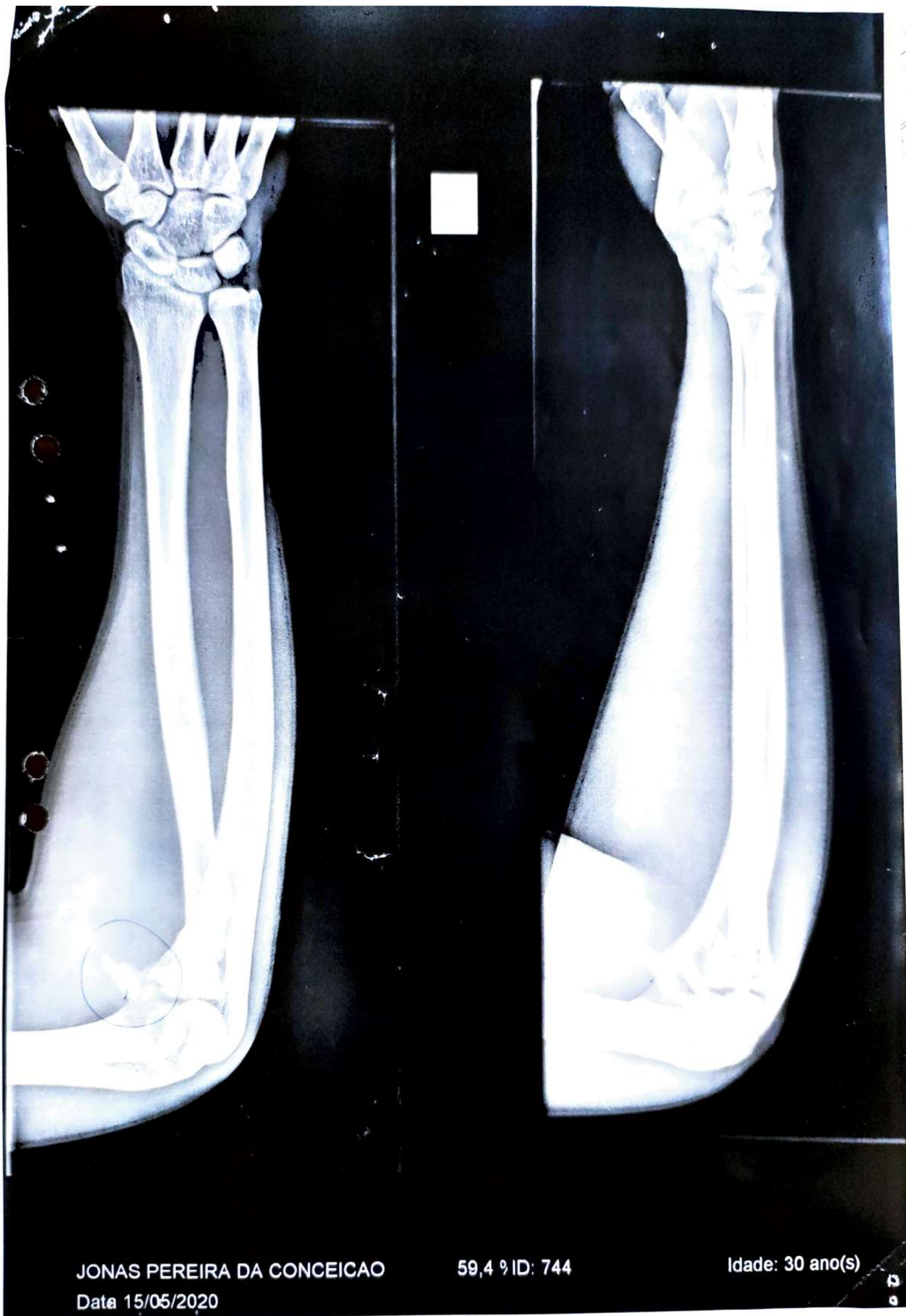






Este impresso contém imagens de referência ao exame onde a análise diagnóstica ocorreu em equipamento médico adequado





JONAS PEREIRA DA CONCEICAO
Data 15/05/2020

59,4 % ID: 744

Idade: 30 ano(s)





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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu

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

Josias Pereira da Conceição inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.939.642 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Josias Pereira da Conceição

inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.939.642 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: Rua Antônio D. Galvão

Número: 4832

Complemento: _____

Bairro: Paraisópolis

Cidade: Brasília

Estado: RR

CEP: _____

E-mail: ELUIRRK@HOTMAIL.COM

Tel (DDD): _____

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante



SINISTRO 3200302831 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JONAS PEREIRA DA CONCEICAO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN
CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS EIRELI - Matriz
BENEFICIÁRIO JONAS PEREIRA DA CONCEICAO
CPF/CNPJ: 00093964200

Posição em 27-10-2020 20:21:45

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R\$00.000,00
Juros e Correção: R\$00.000,00
Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
02/09/2020	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75



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



ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam 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-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

