

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:
2958627820210122171322

Processo 0832252-79.2020.8.23.0010 ☆ - (35 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por	
	11	22/01/2021 17:13:22	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
11.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2777336CONTESTACAO01.pdf	Público
11.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2777336CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
11.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
10	22/01/2021 00:00:51	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de MARTHA PEREIRA DA ROCHA) em 21/01/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ	
9	12/01/2021 15:52:54	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 21/01/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021) e ao evento de expedição seq. 8.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
8	11/01/2021 12:19:39	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021)	ADILVANE BORSATTO Analista Judiciária	
7	11/01/2021 12:19:39	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de MARTHA PEREIRA DA ROCHA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021)	ADILVANE BORSATTO Analista Judiciária	
	6	11/01/2021 11:15:49	CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE	JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado
5	18/12/2020 10:23:58	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ	
4	18/12/2020 10:23:58	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ	
3	18/12/2020 10:23:58	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ	
2	18/12/2020 10:23:58	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 4ª Vara Cível	SISTEMA CNJ	
	1	18/12/2020 10:23:57	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	ANDRÉ CARLOS ISRAEL Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08322527920208230010

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 **MARTHA PEREIRA DA ROCHA**, 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 **11/09/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **12/09/2020**.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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;

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

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 REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que 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.

Assim, 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 a parte Autora, 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.

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

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.”

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da 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, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Súmula 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, 21 de janeiro de 2021.

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%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-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 **MARTHA PEREIRA DA ROCHA**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08322527920208230010.

Rio de Janeiro, 21 de janeiro de 2021.



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

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200408276

Vítima: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

Data do Acidente: 11/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRE CARLOS ISRAEL

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), MARTHA PEREIRA DA ROCHA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16336310



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 382.004.812-04 4 - Nome completo da vítima: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

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

5 - Nome completo: MARTHA PEREIRA DA ROCHA 6 - CPF: 382.004.812-04
7 - Profissão: DESEMPREGADA 8 - Endereço: RUA RIO APIAU 9 - Número: 278 10 - Complemento:
11 - Bairro: PROF ARACELI SOLTO MAIOR 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-155
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 95 99159-4458

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 5076 8 CONTA: 23.281 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA-RR, 27 DE OUTUBRO DE 2020.

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
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00026960/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/09/2020 09:30:19 Data/Hora Fim: 12/09/2020 09:30:19
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 12/09/2020
Delegado de Polícia: Miriam Di Manso

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 11/09/2020 17:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: São Vicente

Logradouro: Cruzamento da Avenida Getulio Vargas com Avenida Nossa Senhora da

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1226: EVADIR-SE O CONDUTOR DO VEÍCULO DO LOCAL DO ACIDENTE, PARA FUGIR À RESPONSABILIDADE PENAL OU CIVIL QUE LHE POSSA SER ATRIBUÍDA (ART. 305 DA LEI 9.503/1997)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ERMELINDA SOUZA PEREIRA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 06/08/1964

Idade: 56

Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: Boa Vista - RR

Nome da Mãe: Gilma Pereira da Rocha

Documento(s)

RG: 47867 SSP/RR

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA COMETA

Nº: 1166

Bairro: Raiar do Sol

Telefone: (95) 99119-3912 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Nome Civil: MARTHA PEREIRA DA ROCHA (VÍTIMA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 01/05/1970

Idade: 50

Profissão: Do Lar

Estado Civil: União Estável

Naturalidade: Boa Vista - RR

Nome da Mãe: Gilma Pereira da Rocha

Nome do Pai: Anselmo Marques da Rocha

Documento(s)

RG: 80433

CPF: 382.004.812-04

Endereço

Impresso por: Julio Cesar Pereira Ferreira

Data de Impressão: 12/09/2020 10:09:57

Página 1 de 3

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00026960/2020

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: RUA RIO APIAU
 Bairro: Professora Araceli Souto Maior

Nº: 278

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Outros	Subgrupo Placa de Veículo
Descrição Placa automotiva NUH-9217	Número de Série NUH-9217
Quantidade 1,00 Unidade	Situação Apreendido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição 01(UMA) MOTOCICLETA BIZ DE COR PRETA, PLACA NAP-4437	CPF/CNPJ do Proprietário 163.976.902-10
Placa NAP4437	Renavam 01091883600
Número do Motor JC70E0G125999	Número do Chassi 9C2JC7000GR125963
Ano/Modelo Fabricação 2016/2016	Cor PRETA
UF Veículo RR	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/BIZ 110I	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1,00 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 22/09/2019	Situação do Veículo ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS - RENAINF
Nome Envolvido	Envolvimentos
Martha Pereira da Rocha	Proprietário

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
CPF/CNPJ do Proprietário 365.533.953-49	Placa NUH9217
Renavam 01137258389	Número do Motor 552771353228214
Número do Chassi 98822611XJKB65469	Ano/Modelo Fabricação 2018/2017
Número da Carroceria 92250232	Cor PRETA
UF Veículo RR	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo FIAT/TORO FREEDOM AT	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1,00 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 20/09/2019	Situação do Veículo RENAINF - ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante vem a Central de Flagrantes informar que sua irmã MARTHA PEREIRA DA ROCHA estava vindo do supermercado DB no centro da cidade em sua motocicleta Biz, cor preta quando foi atropelada por um veículo de placa NUH-9217; QUE a vítima sofreu várias lesões e foi conduzido pelo SAMU ao Hospital Geral de Boa Vista/RR; Que o infrator que conduzia o veículo que causou o acidente evadiu-se do local sem prestar socorro a vítima; Que da colisão a placa do



Impresso por: Julio Cesar Pereira Ferreira
 Data de Impressão: 12/09/2020 10:09:57

Página 2 de 3

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00026960/2020

veículo sacou e populares conseguiram segurar e entregaram a comunicante para poder fundamentar mais ainda seu boletim de ocorrência; Que a comunicante está apresentando a placa do veículo que causou acidente nesta delegacia para poder ajudar na localização do infrator. Que segundo a comunicante o estado de saúde de sua irmã é grave. Era o relato.

ASSINATURAS

Julio Cesar Pereira Ferreira
Agente de Polícia
Matrícula 42000814
Responsável pelo Atendimento

Ermelinda Souza Pereira
Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima atestadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 336-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Crime de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 382.004.812-04 4 - Nome completo da vítima: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

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

5 - Nome completo: MARTHA PEREIRA DA ROCHA 6 - CPF: 382.004.812-04
7 - Profissão: DESEMPREGADA 8 - Endereço: RUA RIO APIAU 9 - Número: 278 10 - Complemento:
11 - Bairro: PROF ARACELI SOLTO MAIOR 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-155
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 95 99159-4458

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 5076 8 CONTA: 23.281 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA, RR, 27 DE OUTUBRO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA
CNPJ: 05.939.467/0001-15
Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
FONE GERAL: 2121-2200

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 09/2020

VENCIMENTO: 15/10/2020

MATRÍCULA: 00074112.4

RANIS MAIA MELO

RUA RIO APIAU, NUM, 278

PROFA ARACELI SOUTO MAIOR

BOA VISTA RR 69315-016

INSCRIÇÃO: 001.032.420.0425.000

ROTA: 21.2770

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1		10	NAO MEDIDO	17209356
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
					10
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
08/2020	10	07/2020	10	06/2020	10

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
AGUA	10 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA AGUA		19,06

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

42,89

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas		-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14º Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.032.420.0425.000	09/2020	13	42,89	21.2770

82670000000-1 42890004001-8 00074112401-0 09202070003-2





RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ené Garcez, 491 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.347.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 366/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO



SEU CÓDIGO

0065119-2

Nº DA NOTA FISCAL 5980414 FCAM*

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2020	21/10/2020	389	331,38

ANDRÉ CARLOS ISRAEL

CPF: 00073722855268

R. VER MANOEL J MARTINS 736 - DR. SILVIO BOTELHO

CEP: 69.314-563 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual: 14/09/2020 Anterior: 13/08/2020 Próxima leitura: 14/10/2020
Emissão: 11/09/2020 Apresentação: 14/09/2020 Dias de consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	TDB2045703	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)

	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	262							
Leit. Anterior	0							
Constante	1,400							
Resíduo	127							
Medido	262							
Faturado	389							

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	389 A R\$ 0,748099 =	291,01
VISTORIA DE UC		10,11
RESÍDUO DE CONSUMO kWh	127	
ILUMINACAO PUBLICA		30,26
RESÍDUO DE CONSUMO kWh	- 127	

OUTRAS INFORMAÇÕES

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu ANDRÉ CARLOS ISRAEL inscrito (a) no CPF/CNPJ 737.228.552-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARTHA PEREIRA DA ROCHA inscrito (a) no CPF sob o Nº 382.004.812-04 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANETE da Vítima MARTHA PEREIRA DA ROCHA inscrito (a) no CPF sob o Nº 382.004.812-04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: RUA VEREADOR MANOEL JOAQUIM MARTINS

Número: 736

Complemento: CASA

Bairro: DR. SILVIO BOTELHO

Cidade: BOA VISTA

Estado: RR

CEP: 69.314-563

E-mail: andrecarlos_rr@hotmail.com

Tel.(DDD): (95) 99118-5777

Local e Data: BOA VISTA-RR 27 DE OUTUBRO DE 2020.


André Carlos Israel
Advogado
OAB/RR Nº 2045-N



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1716

EQUIPE SAMU-BV
BRAVO I

EQUIPE: Douglas Vol Lucival

Paciente: Marta Pereira da Rocha Idade: 49 Sexo: FNacionalidade: Brasiliana Raça: Branca Negra Parda Amarela Indígena-EtniaEndereço: R. V. Benjamin Constante Bairro: São VicenteNº 36020 DATA: 10/09/20 HORA J/9: 18:10 BASE 2 VIA 1 1 RÁDIOMédico (a) Regulador (a): Dr. Heliana HORA J/10: 18:23 1 CELULARMOTIVO INICIAL: Moto X carroINÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora 1 1 a 3 horas 1 4 a 24 horas 1 Mais de 24 horas 1 Não sabe 1

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

☒ Acidente de trânsito	☐ Urgência psiquiátrica	☐ Queimadura	☐ Urgência obstétrica
☐ Agressão física / espancamento	☐ Tentativa de suicídio	☐ Choque elétrico	☐ Transfêrência
☐ Agressão física - FAF	☐ Envenenamento	☐ Queda	☐ Exame complementar
☐ Agressão física - FAB	☐ Afogamento	☐ Urgência clínica	☐ Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
☐ Pedestre	☐ A pé	☒ Automóvel	☐ Capacete
☒ Condutor	☐ Automóvel	☐ Bicicleta	☐ Cinto de segurança
☐ Passageiro	☒ Motocicleta	☐ Motocicleta	☐ Animal
☐ Ignorado	☐ Bicicleta	☐ Ônibus	☐ Airbag
		☐ Micro-ônibus	☐ Assento para criança

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AERÉAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
☒ Livre	☒ Eupneica	☐ Normocárdico	☐ Mioses <u>A</u>
☐ Obstrução Parcial	☐ Apnéia	☐ Bradicárdico	☐ Midríase
☐ Obstrução Total	☐ Dispneia	☒ Enchimento capilar acima de 2"	☐ Anisocoria <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u> <u>11</u> <u>12</u> <u>13</u> <u>14</u> <u>15</u> <u>16</u> <u>17</u> <u>18</u> <u>19</u> <u>20</u> <u>21</u> <u>22</u> <u>23</u> <u>24</u> <u>25</u> <u>26</u> <u>27</u> <u>28</u> <u>29</u> <u>30</u> <u>31</u> <u>32</u> <u>33</u> <u>34</u> <u>35</u> <u>36</u> <u>37</u> <u>38</u> <u>39</u> <u>40</u> <u>41</u> <u>42</u> <u>43</u> <u>44</u> <u>45</u> <u>46</u> <u>47</u> <u>48</u> <u>49</u> <u>50</u> <u>51</u> <u>52</u> <u>53</u> <u>54</u> <u>55</u> <u>56</u> <u>57</u> <u>58</u> <u>59</u> <u>60</u> <u>61</u> <u>62</u> <u>63</u> <u>64</u> <u>65</u> <u>66</u> <u>67</u> <u>68</u> <u>69</u> <u>70</u> <u>71</u> <u>72</u> <u>73</u> <u>74</u> <u>75</u> <u>76</u> <u>77</u> <u>78</u> <u>79</u> <u>80</u> <u>81</u> <u>82</u> <u>83</u> <u>84</u> <u>85</u> <u>86</u> <u>87</u> <u>88</u> <u>89</u> <u>90</u> <u>91</u> <u>92</u> <u>93</u> <u>94</u> <u>95</u> <u>96</u> <u>97</u> <u>98</u> <u>99</u> <u>100</u>
☐ Corpo estranho	☐ Bradipneia	☐ Pulso radial ausente	☐ Aparelmente Alcoolizado
☐ Outro: _____	☐ Taquipneia	☐ Pulso central ausente	☐ Agitação psicomotora
		☐ Cianose central	☐ Extremidade

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início <u>18:40</u>	<u>140 x 90</u>	<u>130</u>	<u>20</u>	<u>97%</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>3/15</u>
Fim <u>19:30</u>	<u>110 x 90</u>	<u>115</u>	<u>20</u>	<u>97%</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR
☒ Dor	4 - Espontânea
☐ 2 - Hematoma	3 - Ao comando
☐ 3 - Contusão	2 - À dor
☒ 4 - Escorção	1 - Sem resposta
☐ 5 - Laceração	
☐ 6 - Luxação	RESPOSTA VERBAL
☒ 7 - Fratura fechada	5 - Orientado
☐ 8 - Fratura exposta	4 - Confuso
☐ 9 - Amputação	3 - Palavras inapropriadas
☐ 10 - Evisceração	2 - Palavras incompreensíveis
☐ 11 - Alundamento de crânio	1 - Sem resposta
☐ 12 - Ferimento penetrante	RESPOSTA MOTORA
☐ 13 - Torax instável	5 - Obedece a comandos
☐ 14 - Enfisema subcutâneo	4 - Localiza a dor
☐ 15 - Ferida aspirativa	3 - Movimento de retirada
☐ 16 - Empalamento	2 - Flexão anormal
☐ 17 - Outros	1 - Extensão anormal
	0 - Sem resposta

AVALIAÇÃO CARDÍACA

AFECÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA PEGRESSA

☐ Ritmo Sinusal	☐ FV	☐ Neurológica	☐ Metabólica	☐ Diabetes	☐ Alergias
☐ Taquicardia Sinusal	☐ TV	☐ Respiratória	☐ Infecçiosa	☐ Cardiopatia	☐ Outros
☐ Fluter Atrial	☐ AESP	☐ Cardiovascular	☐	☐ HAS	
☐ Fibrilação atrial	☐ Assístolia	☐ Digestiva		☐ Medicação de uso	
GRAVIDADE COMPROVADA	<u>1</u> Nulo	<u>1</u> Pequena	<u>1</u> Média	<u>1</u> Severa	<u>1</u> Extrema

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Assinatura: Arnaldo J. H. Pereira

Carimbo: 16-09-2020 RQE: 176

Carimbo: Boa Vista

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL

Assinatura: Stephanie

Carimbo: 10/09/2020

Carimbo: Rubrica

INCIDENTES

☐ Cancelamento	☐ Hospitalização
☐ Recusa de Atendimento	☐
☐ Não se encontra no local	☐
☐ Tróte	☐

MEIO DE TRANSPORTAÇÃO

☐ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SM-TRAN
☐ PRF

RCP

☒ Iniciada as: _____	☒ Termina as: _____	☒ RCP com sucesso	☐ RCP sem sucesso
--	---	---	--

PERT DO PA	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade. ☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para a unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade.
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE			
Idade Gestacional: _____	☐ Movimentos fetais presentes	☐ Partos fetais na vulva	
Perda de líquido: _____	☐ Contrações entre 3-5 min	☐ Com cartão de gestante	
BCF: _____	☐ Contrações com duração > 30s	☐ Sem cartão de gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☐ Monitorização cardíaca	☒ Imobilização de fraturas
☐ Cânula de Guedel	☐ Guia de introdução Bougie	☒ Colar cervical	☐ Curativos
☐ Cateter nasal: ____ L/min	☐ Cricotirotomia cirúrgica	☐ Headblock	☐ Parto vaginal
☐ Máscara facial: ____ L/min	☒ Oximetria	☐ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência
☐ Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	☐ Dreno de tórax	☐ Tirantes	☐ Imobilização de luxação
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☐ Outros:
☐ Acesso venoso Gelco n° _____	☐ Acesso venoso Scalp n° _____	☐ Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

INSUMOS UTILIZADOS NA OCORRÊNCIA

2° - *stethoscopy de 35 cm: 2 compressores talco e maldonif*

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

FOMAS acionados p/ uma ocorrência de traumatismo traumático pela Central de resuscitação vítima de colisão moto x carro vítima envolvido em acidente rodoviário. BOM. Com lesão na região frontal da cabeça, corte contuso, fratura de nariz, fratura de dentes superior, fratura na mão esquerda, com amputação distal. Realizado por: comunicado a Central de resuscitação que nos orientou a levar p/ o ST: HGR

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 02/10/2020
Stephanie
Rubrica

Stephanie A. Curcio
977018

38

BPA

Ortopedia 67

Urtimo de acidente automobilístico.
Ocorrência por trauma.

ECG: Edema no pulmão (E) e joelho (E)

Rx: Fraturas de 4º e 5º MCC.

Fratura da Placa Tibial (E)

Ad: a Saco de Gesso após liberação
da Cir. Geral e Boca.

Dr. Marcelo Gomes
Ortopedia Traumatologia
CRM-RR 21111 EOD 10212

Cirurgia Bimaxilar 23:40

Paciente vítima de acidente automobilístico por traumatismo
no momento em BPG, normoconsciente, eupneico, avulsão,
Glasgow 15 e com queimaduras.

Ossos maxilares FCC em superfície (E), lábio superior (relato)
e mancha labial superior.

Exames radiográficos não mostram sinais de fratura na face.

→ HD: Trauma de Face / Contusão + FCC

CDT: - Sutura.

- Sem condutas cirúrgicas referentes ao trauma de face

Bruno Araújo da Silva
Cirurgia Bimaxilar
CRM-RR 717

NIR

Anexo I

Tema 5

12.07.2020



SUS

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HON

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MANTHA PEREIRA DA ROCHA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

162.020

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7104808591611099

8 - DATA DE NASCIMENTO

09/09/90

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

GILMA PEREIRA DA ROCHA

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Monte Almas

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fx de 4º e 5º MTC E

+

Fx de PLAS TISIAZ (E)

CONFERE COM UNIDADE

20/130/17020

Shele

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ANAMNESE + EX FÍSICO + RX

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

AS ACIMA

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx 4/5º MTC (E) + PLAS (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

LA TERAPIA

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. PARRA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/09/2020

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

Dr. Igor do Santos da Silva

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

11

BGA

162020

VL

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>MARTHA PENHA DA ROCHA</i>					
AGNOSTIC <i>FR. DE 46 2 50 MTC (E) 2 PLATO TROM (E)</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	DATA		<i>12/09/2020</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>SNV</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>manhã</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				<i>SN</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>06/12 12 24</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>(66)</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>SN</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>06 12 24</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>SN</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H <i>[SUSP.]</i>				<i>12 14</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>SN</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>no topo</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Revisão</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				
15					
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:

CONFERE CC...
28/130/2020
Glêda

[Assinatura]
Residência em Ortopedia e Traumatologia
2015

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

Glêda ITA (E) não realizado pois no fardamento não há para formulação.

[Assinatura]
Cristiano B. Lima
Téc. Enfermagem
Coren-GR 573.961



RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 12/09/2020

PACIENTE: MARILHA PEREIRA DA ROCHA DN: 1/1

DIAGNÓSTICOS: Ex 1-2-5- MTC e PLANO 7321 (E)

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: TRAUMA

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:

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente com fratura traumática
do antebraço e do HC 81/2020
em tratamento

Boa Vista, 12 de Setembro de 2020. Hora: _____

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

CRM

Don Martins
Médico Residente
Clínica de Traumatologia
CRM-RR 2036

CRM

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:

HC () HLI () HMI () OUTRO

O.E.: E140000010

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 10/2020

DATA: 06/10/2020

Num AIH: 142010118402-9 Situação: SEM ERRO Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 10/2020 Data Autorização: 12/09/2020

Especialidade: 03 - CLÍNICOS

Órgão Emissor: E140000010

CRC:

Doc autorizador: 980018289063924

Doc med resp: 702807103617965

Doc diretor clínico: 705005220101159

Doc médico solic: 702807103617965

CNES: 9472339 - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR WILSON FRANCO RODRIGUES

CNS: 70480859161104-7

Paciente: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

Prontuário: 5861

Data Nasc.: 01/06/1970

Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo: Identidade

Doc: 80433

Responsável pac.: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

Nome da Mãe: GILMA PEREIRA DA ROCHA

Endereço: RUA RUA MONTE SINAI 0000360 CASA Bairro: PROFESSORA ARACELI S

Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Município: 140010 - BOA VISTA

UF: RR CEP: 69315-095

Telefone: (95)9912-31593

Muda Proc.: NÃO

Procedimento solicitado: 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA

Procedimento principal: 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA

Diag. principal: T026-FRATURAS ENVOLVENDO OUTRAS COMBINAÇÕES DE REGIÕES DO CORPO

Diag. secundário:

Complementar:

Causa Óbito:

Carater atendimento: 01 - ELETIVO

Modalidade: HOSPITALAR

Data Internação: 12/09/2020

Data saída: 22/09/2020

Mot saída: 18 - ALTA POR OUTROS MOTIVOS

Liberação SISAIH01:

AIH Anterior:

AIH Posterior:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador: - / -

CNAER: -

Vínculo Previdência:

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0308010019	702807103617965	225125	9472339	9472339	1	09/2020	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE
2	0301010170	980018287984622	225125	9472339	9472339	3	09/2020	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
3	0301010170	190061248450002	225270	9472339	9472339	1	09/2020	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
4	0301010170	700805923792890	225125	9472339	9472339	4	09/2020	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
5	0301010170	702102736066693	225125	9472339	9472339	1	09/2020	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
6	0401010015	706801221575429	223505	9472339	9472339	10	09/2020	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
7	0802010018			9472339	9472339	8	09/2020	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
8	0202020380			9472339	9472339	1	09/2020	HEMOGRAMA COMPLETO
9	0202010473			9472339	9472339	1	09/2020	DOSAGEM DE GLICOSE
10	0202010317			9472339	9472339	1	09/2020	DOSAGEM DE CREATININA
11	0202010694			9472339	9472339	1	09/2020	DOSAGEM DE UREIA
12	0202020142			9472339	9472339	1	09/2020	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA
13	0202020070			9472339	9472339	1	09/2020	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO
14	0202020134			9472339	9472339	1	09/2020	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V090	PREEXISTENTE	PEDESTRE TRAUM. EM ACID. R-TRANSITO, ENVOLVENDO OUTROS VEÍCULOS A MOTOR E OS NAO ESPECIFICADOS

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos: 0

Mortos: 0

Altas: 0

Transf.: 0

Óbitos: 0

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass: 



2000007207

**AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR - AIH**

Prontuário 5881	Data Internação 12.09.20	Data da Saída 22.09.20
Número da AIH: 142010118402-9		
Enfermaria 3B	Leito 356	

Dados do Paciente

Estabelecimento Executante HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO RODRIGUES - HC		CNES 9472339	
Nome do Paciente MARTHA PEREIRA DA ROCHA			
Cartão do SUS 704808591611047	Data de Nascimento 01/05/1970	SEXO 1 - Masculino	Raça/Cor PARDA
Nº RG, CPF ou Registro de nascimento Identidade - 80433		Nacionalidade BRASILEIRA	
Nome da Mãe GILMA PEREIRA DA ROCHA			
Nome do Responsável MARTHA PEREIRA DA ROCHA		Fone p/ Contato (95) 99123-1593	
Endereço RUA - MONTE SINAI		Número 360	Bairro PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIO
Município BOA VISTA	Código do IBGE 140010	UF RR	CEP 69.315-096

Dados da Internação

CPF Médico Sol - CRM 2158	Médico Solicitante Carollina Smt' Ana	Cartão SUS
Procedimento Solicitado 03.08.01.0019	Procedimento Principal	Esp C. Int 01 CID P T228 CID S CID CA M. Sa 18
Em caso de Parto: Nasc Vivo () Nasc Morto () () Alta () Trans () Óbito		

Procedimentos Realizados

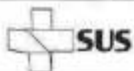
Linha	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Ope	CPF/CNPJ	CRM	CBO	QNT	C UTI
01	07		20 01		2158		01	
02	07		36 01		1234		03	
03	07		31 01		566		04	
04	07		44 01		2033		04	
05	07		16 01		2015		01	
06	07		109 01		2124		01	
07	01	04.08.01.0015	953 01		349949		10	
08	57				12	202009	08	
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Autorização

Nome Médico Autorizador [Assinatura]	Data Autorização 12/09/2020	CPF Autorizador 123456789	CNS Autorizador 123456789
Nome do Médico Auditor [Assinatura]	Data Auditoria 12/09/2020	CPF Auditor 123456789	CNS Auditor 123456789

CONFERE COM ORIGINAL

Em **26/10/2020**Ass.: **[Assinatura]**



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

Hospital das Clínicas Dr. Wilson Franco

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARTHA PEREIRA DA ROCHA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

01/05/70

FEMININO

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BOA VISTA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FX DE QUARTO E QUINTO MTC E e PLATÔ TIBIAL E

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

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

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + IMAGEM + LABORATÓRIO

23 - DIAGNÓSTICO

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FX DE QUARTO E QUINTO MTC E e PLATÔ TIBIAL E

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

CAROLLINA SANT'ANA

12/09/20

Carollina Sant'Ana
Médica
PR 2155

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

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)

0308010019

1028

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass:

9.

Alergia difusa!

L.356

MODELO

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																														
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO																														
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																														
PRESCRIÇÃO MÉDICA																														
DATA DE ADMISSÃO	11/9/2020	DIH	11/09/2020	DN	1/5/1970																									
PACIENTE	MARTHA PEREIRA DA ROCHA																													
DIAGNÓSTICO	FX/LX BENNETT MÃO D Fx ou 4º e 5º MTC @ e platô tibia @																													
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA																									
	LEITO	356	DATA	12/9/2020																										
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																									
1	DIETA LIVRE - líquida pastosa, flutuante				SN																									
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER																									
3	SF 0,9% 500ML EV ACM				ACM																									
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6h																									
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				06:00 18:00																									
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN																									
7	ONDASETRONA 8 MG 1 AMP EV DE 12/12				SN																									
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H				06 (14) (22) h																									
9	CAPTOPRIL 25MG 5E PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN																									
13	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08:00																									
14	SSVV + CCGG																													
15	Curativo Diário																													
16	Painel Alamoef 500mg VO 6/6h				18:00																									
17																														
19																														
20	Losartana 50mg VO 12/12h				22:00																									
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:																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SINAIS VITAIS</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>TEMP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td>140x90</td> <td>79</td> <td>—</td> <td>36,2</td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>140x90</td> <td>53</td> <td>—</td> <td>36,5</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>140x90</td> <td>56</td> <td>—</td> <td>36,8</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>150x90</td> <td>52</td> <td>—</td> <td>36,4</td> </tr> </tbody> </table>						SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	6 H	140x90	79	—	36,2	12 H	140x90	53	—	36,5	18 H	140x90	56	—	36,8	24 H	150x90	52	—	36,4
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP																										
6 H	140x90	79	—	36,2																										
12 H	140x90	53	—	36,5																										
18 H	140x90	56	—	36,8																										
24 H	150x90	52	—	36,4																										

Assinatura do Médico
Carrollina de Almeida
CRM/RR 2158

Carrollina de Almeida
Médica
CRM/RR 2158

Carrollina de Almeida
Médica
CRM/RR 2158

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

Joelma Miranda de Aquino

Daniela Martins (Res Ortop)

COBEN/RR 003860 725 TE

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

Assinatura do Médico
Técnicos de Enfermagem
CARGO - 001.001.102.003 TE

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass.:

[illegible]

Fin 26 / 10 / 2020

CONFERE COM ORIGINAL



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Martha Pereira da Rocha HD 356 LEITO 356 • ALÉRGICO ?

DATA: 1/1/ SEXO: () M (X) F IDADE KG PESO

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS				RISCO DE INFECÇÃO	() MANter VIAS AÉREAS PÉRVIAS
CATETER CENTRAL				() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VAS
CATETER PERIFÉRICO				() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	(X) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>670</u> H
SONDA VESICAL				() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANTER MONITORIZAÇÃO
SONDA NASOGÁSTRICA				(X) ANSIEDADE	() MANTER CABECEIRA ELEVADA
SONDA NASOENTRAL				() MEDO	() ASPIRAR VAS /TOT
DRENOS				() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES				(X) RISCO PARA NUTRIÇÃO	(X) ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO				DESEQUILIBRADA	(X) OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
CABEÇA, PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				(X) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				(X) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u> </u> H
PUPILAS				() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	(X) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
ACUIDADE VISUAL				() FADIGA	(X) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
VIAS AÉREAS SUPERIORES				() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
OBSTRUÍDAS				() RISCO PARA Quedas	(X) VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
OBSTRUÍDAS				() RISCO PARA LESÃO	(X) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
OBSTRUÍDAS				() AUTOESTIMA PERTURBADA	() MANTER JEIUM A PARTIR DAS: <u> </u> HORAS
OBSTRUÍDAS				() DIARRÉIA	() REALIZAR DEXTRO <u> </u> HORAS
OBSTRUÍDAS				() CONSTIPAÇÃO	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
OBSTRUÍDAS				() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() ORIENTAR AUTOCUIDADO
OBSTRUÍDAS				() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	() REALIZAR BANHO NO LEITO
OBSTRUÍDAS				() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u> </u> H
OBSTRUÍDAS				() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
OBSTRUÍDAS				() DOR	() PREPARAR PARA EXAMES EM:
OBSTRUÍDAS				() HIPOTERMIA	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
OBSTRUÍDAS				() HIPERTERMIA	() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
OBSTRUÍDAS				() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
OBSTRUÍDAS				() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	() OUTROS
OBSTRUÍDAS				() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	
OBSTRUÍDAS				() CONFORTO PREJUDICADO	
OBSTRUÍDAS				() DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	
OBSTRUÍDAS				() OUTROS:	
APARELHO GASTROINTESTINAL					
APETITE				ESTADO NUTRICIONAL: <u> </u> NUTRIDO () DESNUTRIDO	
R.H.A:				() ACÍDICO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMG PALPÁVEL	
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS:				() NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA	
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE:					
ESPONTÂNEA				() ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVO () LIMPIDA () CONCENTRADA	
HEMATÚRIA				() COLÚRICA () POLIÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA	

CONFERE COM ORIGINAL
Em 26/10/2020
Ass:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ	DATA / HORA	MANHÃ	DATA / HORA
Paciente no leito, apresentando lesões de fase II e III, imobilizado FIF, aceita dieta, queixa dor generalizada. Leito higienizado com filme plástico. <i>Carla Soares Souza da Silva</i> Enfermeira C.R.E.N. 203122 TE		RA 144+87 Fe 70 Tax 363' 24 E + péfixo.	
CONFERE COM ORIGINAL Em 26 / 10 / 2020 Ass: <i>SJ</i>		Paciente encontrada no leito. Remanejada, repousar sentada por 10 min. Medicações p.m. - neogel de higiene e paracetamol. 100 e verificação SSV. Segue com cuidados de enfermagem. <i>Simone de Oliveira Silva</i> Téc. em Enfermagem C.R.E.N. 203122 TE	ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM: DATA 26/10 HORA 15h53
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:	DATA / HORA	NOITE: Paciente no leito com comportamento, aceita dieta, 11 minutos. Foram dados as medicações e aferido os SSV. 100. Segue com cuidados de enfermagem. <i>Carla Soares Souza da Silva</i> Enfermeira C.R.E.N. 203122 TE	ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM: DATA / HORA
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:			ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Em 26 / 10 / 2020

Ass: *SJ*



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 356 3B

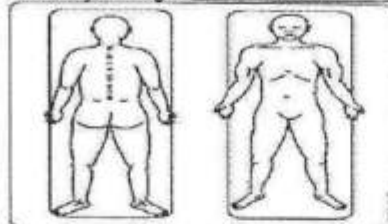
Nome: Marta Pereira

DATA: 13/09/20

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região MDE

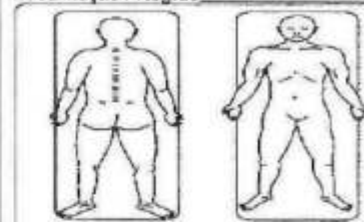


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra: _____

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☒ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☒ Serossanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele
Perilesional:

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras _____

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro: _____

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

Marta Pereira
COREN-RR 453.554

02- Luciene Moreira
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 453.554

01-

02-

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

OBS:

OBS:

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

Em 26/10/2020

Ass.: [Assinatura]

356

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																														
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO																														
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																														
PRESCRIÇÃO MÉDICA																														
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN																										
PACIENTE MARTHA PEREIRA DA ROCHA																														
DIAGNÓSTICO PO LESAO TEND EXT PÉ E																														
ALERGIAS		NEGA	HAS	NEGA	DM2																									
		LEITO	356	DATA	14/9/2020																									
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																									
1	DIETA ORAL LIVRE				SND																									
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER																									
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN																									
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6																									
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				SN																									
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN																									
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN																									
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H SN				SN																									
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN																									
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08 20																									
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				10 14 18 22 02																									
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO																									
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA																									
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																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SINAIS VITA</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FB</th> <th>TEMP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td>130/80</td> <td>82</td> <td>+</td> <td>36,4</td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>150/90</td> <td>70</td> <td>+</td> <td>36,4</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>160/100</td> <td>83</td> <td>+</td> <td>35,4</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>160/100</td> <td>82</td> <td>+</td> <td>36,4</td> </tr> </tbody> </table>						SINAIS VITA	PA	FC	FB	TEMP	6 H	130/80	82	+	36,4	12 H	150/90	70	+	36,4	18 H	160/100	83	+	35,4	24 H	160/100	82	+	36,4
SINAIS VITA	PA	FC	FB	TEMP																										
6 H	130/80	82	+	36,4																										
12 H	150/90	70	+	36,4																										
18 H	160/100	83	+	35,4																										
24 H	160/100	82	+	36,4																										

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

Zenília Fontenele
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 928.66

Maria Helena Giambo
Téc. de Enfermagem
COREN RR 051.806

CONFERE COM ORIGINAL

Em 20/10/2020
Ass:



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO:

356

38

Nome: Martina Pereira

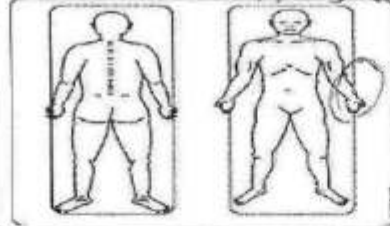
DATA: 14/09/20

Localização / Região

MSF

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

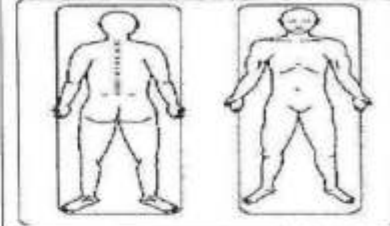


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor

Condição da pele
Perilesional:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☒ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

Eliezer dos S. Barros
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 250239

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

Rosa Girele Gomes
Enfermeira
COREN-RR 555.556

OBS:

OBS:

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

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26 / 10 / 2020

Ass.: ST

KX em ordem
Pontuação: 356

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO			DIH		DN
PACIENTE	MARTHA PEREIRA DA ROCHA				
DIAGNÓSTICO	PO LESAO TEND EXT PÉ E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	SIM
		LEITO	356	DATA	15/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6 e
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				18/0 12 SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08 20
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				08 20
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
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 60% 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
12 H		125x55	84		35,8
18 H		170x11	81		35,8
24 H		160x100	97		36,2
		130x77	93		36,1

Vanderlei de S. Conceição
COREN-RR 001.475.344 - TE

Vanderlei de S. Conceição
COREN-RR 001.475.344 - TE

DC 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

Ednaira A. Alves Ferreira
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 001.475.344
Ednaira

CONFERE COM ORIGINAL
Em 26/10/2020
Ass.:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
		Paciente no leito. acamada. Tudo bom no leito. e feita a troca de curso. Sono. Afecção SSU e fístula metálica do bônus. No mto. pque aderência dos da equipe. <i>[Assinatura]</i> ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:	DATA 15/09 HORA 12:00 ASS. E CARIMBO- TÊC ENFERMAGEM:
		De + mo leito, isolado SSU, Am medi- corp. e mo bônus da ténis. Sem qñixor Ague no unidades da enfer- magem. <i>[Assinatura]</i> Ednaia A Alves Ferreira Técnica de Enfermagem COREN-PR 007.475.344 ASS. E CARIMBO- TÊC ENFERMAGEM:	DATA / HORA NOITE: CONFERE COM ORIGINAL Em 26/10/2020 Ass: <i>[Assinatura]</i>
		ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:	ASS. E CARIMBO- TÊC ENFERMAGEM:

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARTHA PEREIRA DA ROCHA				
DIAGNÓSTICO	PO LESAO TEND EXT PÉ E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	SIM
		LEITO	356	DATA	16/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08 + 20
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				08 + 20
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15	hidroclorotiazida 5mg VO 1x/dia				08
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 VITA	PA	FC	FR	E	TEMP
6 H	120 x 80	82	+	-	35.7
12 H	135 x 83	79	+	+	35.8
18 H	140 x 90	96	+	-	36.1
24 H	140 x 90	92	+	+	36.0

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

Dr. Ricardo de Souza
 Técnica em Enfermaria
 COREN RR 001.028

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass: SJ

Dr. Amélia Maria de Oliveira
 Clínica Médica / Cardiol
 CRM RR 2530

356

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE MARTHA PEREIRA DA ROCHA					
DIAGNÓSTICO PO LESAO TEND EXT PÉ E					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	SIM
		LEITO	356	DATA	17/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				8
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				20:00 SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				25:00 SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8h SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08:20
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				08:20
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
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 VITA	PA	FC	FRD	E	TEMP
6 H	122/83	90	-	-	36.0
12 H	145/90	83	+	-	36.2
18 H	134/94	105	+	-	35.4
24 H	124/79	92	+	-	36.7

Jefferson da S. Magalhães
Téc. enfermagem
COREN-RR-001245.112

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038

Wellen F. de S. Vieira (Res Ortop)
Téc. de Enl.
COREN-RR-14231

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass.:



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

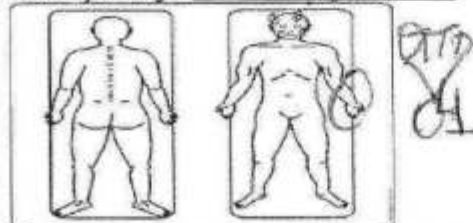
ENF/LEITO:

356 38

Nome: Martina Pereira

DATA: 17-03-20

Localização / Região



☐ GRAU - I

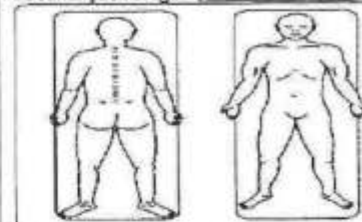
☒ GRAU - II

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com estacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor

Condição da pele
Perilesional:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☒ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

Francine G. das Santos
Téc. em Enfermagem
COREN - RR 366.856

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

Rose Girele Gomes
Enfermeira
COREN-RR 366.856

OBS:

Realizado curativo occlusivo
com cobertura primária AGE + GAZE
ferida com exsudato ser mínimo
pele, hiperemática. Segue as
orientações de enfermagem.

Rose Girele Gomes
Enfermeira
COREN-RR 366.856

OBS:

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

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass.: SJ

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		DATA / HORA	
Recebeu em ambiente externo, bem, discrição orientado para o diagnóstico. Sem alterações. Exatidão 6/10. Seção com cuidados gerais. Márcia Izabela Enfermeira COREN-AM 234218			
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO: DATA / HORA		ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM: DATA / HORA	

JOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM		DATA / HORA	
MANHÃ:		TARDE:	
Adm. medicações conforme prescrição médica. Atend. SVU. Segue os cuidados de enfermagem. Adm. medicações conforme prescrição médica. Atend. SVU. Segue os cuidados de enfermagem.		Paciente em repouso no leito, para qual se encontra em observação médica. ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM: NOITE: 18/09/2020 DATA / HORA	

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass.: S.



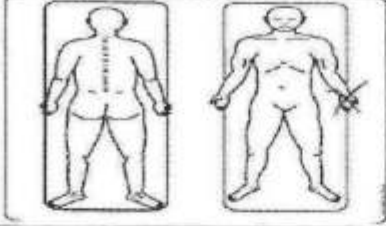
Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 356

Nome: <u>Martha Pereira</u>	
DATA: <u>18/09/20</u>	Localização / Região <u>M.S.E</u>
☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra: _____
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☒ Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☒ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo
Dor:	☐ Sim ☒ Não
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor
Condição da pele Perilesional:	☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☒ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☒ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☒ AGE ☐ Outro: _____
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Maria de Fátima N. Viana</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 445.400
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	02- <u>Silvânia R. dos Santos</u> Téc. de Enfermagem COREN-RR 1.054.022-TE
OBS:	

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

Em 26 / 10 / 2020

Ass: SJ.



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

PEDIDO DE PARECER

DE: ORTOPEDIA

PARA: CARDIOLOGIA

Nome: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

Leito: 356

PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL + FRATURA DE OSSOS DA MÃO
SOLICITO RISCO CIRURGICO PARA REALIZAR PROCEDIMENTO
SERÁ AGENDADO PÓS RISCO CIRURGICO.

RX DE TÓRAX

NO PRONTUARIO

ECG

NO PRONTUARIO

EXAMES

INTERLIS HC

16/09/20

GRATO

Don Martins
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2038
MÉDICO

Resposta:

Paciente com HAS há 10a
com PA = 150 x 80 mm Hg.
sem sintomas HTE (já em uso).

16/9/2020.

Leis Araújo Moreira de Oliveira
Clínica Médica / Cardia
CRM-RR 1550
MÉDICO

18/09/2020. Aval. de um ano.

Leis Araújo Moreira de Oliveira
Clínica Médica / Cardia
CRM-RR 1550
MÉDICO

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass: (S)



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão:06

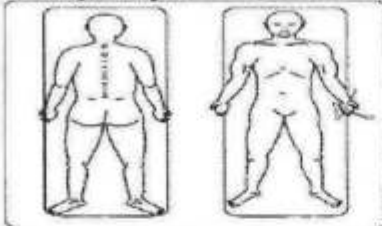
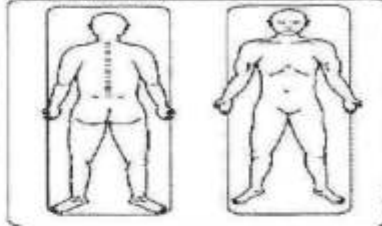
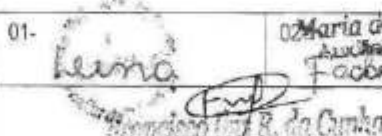
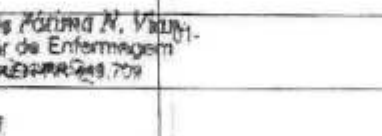
Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 356

30

Nome: Martha Pereira da Rocha

DATA: <u>19/09/20</u> ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região <u>M.S.E</u> 	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____	
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara	
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
Dor:	☐ Sim ☒ Não	☐ Sim ☐ Não	
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	☐ Normal ☐ Macerada ☒ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☒ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☒ AGE ☐ Outro: _____	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- 	02- 	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	

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

26/10/2020
Ass: 

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARTHA PEREIRA DA ROCHA				
DIAGNÓSTICO	PO LESAO TEND EXT PÉ E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	SIM
		LEITO	356	DATA	20/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GT5 VO 8/8H SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08:20
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				08:20
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15	Hidroclorotiazida 25mg VO 1xdia				8
16					
17					
19					
20					
22					
23					

Andréia B. Medrada
Coren-RR 227.345-ENF

Andréia B. Medrada

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 VIT	PA	FC	FR	TEMP
6 H	107x70	94		35.1°C
12 H	130/70	120		35°C
18 H	140/80	103		36.6
24 H	100x60	101		36

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Rosângela de Almeida (Res Ortop)

CRM/RR 2125

BRUNO VIEIRA (Res Ortop)

CRM/RR 1231

João de Almeida Paiva
Técnico de Enfermagem
Porte RR 001.033.751-TE

João de Almeida Paiva
Técnico de Enfermagem
Porte RR 001.033.751-TE

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass: *[Assinatura]*



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO:

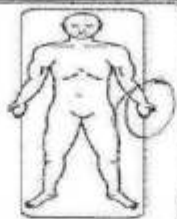
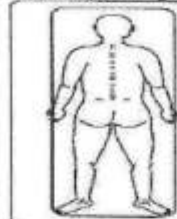
356 38

Nome: MARTHA PEREIRA

DATA: 20/09/20

Localização / Região

MSB



01

☐ GRAU - I

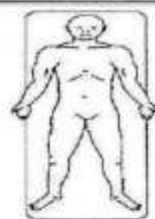
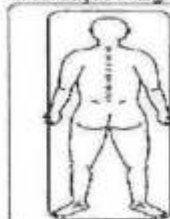
☒ GRAU - II

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra:

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serosanguíneo

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serosanguíneo

Dor:

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor

Condição da pele
Perilesional:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☒ AGE ☐ Outro:

☐ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

☐ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

Francineia G. dos Santos
Téc. em Enfermagem
COREN - RR 224.272

02- Edilene da Silva
Téc. em Enfermagem
COREN - RR 971.972

01-

02-

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

OBS:

Francisco Dias B. da Cunha
COREN-RR 348.882 - ENF

OBS:

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

CONFERE COM ORIGINAL

Em 20/10/2020

Ass: [Assinatura]

356

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO			DIH		DN
PACIENTE	MARTHA PEREIRA DA ROCHA				
DIAGNÓSTICO	PO LESAO TEND EXT PÉ E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	SIM
		LEITO	356	DATA	21/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08 20
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				08 20
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15	Hidroclorotiazida 25mg VO 1xdia				8
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 VIT	PA	FC	FR / G	TEMP
6 H	120x80	82	+ (-)	36,20
12 H	129/67	94	+ +	36,4
18 H	110x80	89	+ +	36,20
24 H	150x80	92	+ (-)	36,40

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

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass.:

(S)

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

356

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARTHA PEREIRA DA ROCHA				
DIAGNÓSTICO	PO LESAO TEND EXT PÉ E + FX DE PLATO TIBIAL				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	SIM
		LEITO	356	DATA	22/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08:20
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				08:20
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15	Hidroclorotiazida 25mg VO 1xdia				8
16	Desospi + alizacoo				16:30h
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 VIT	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	120/70	90		36°C
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

Loamir Viana
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 2124

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26 / 10 / 2020

Ass: SF



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 356

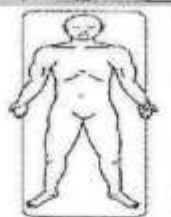
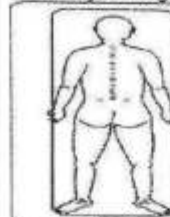
Nome:

martha pereira

DATA: 22/09/20

Localização / Região

M.S.E



☐ GRAU - I

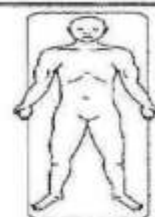
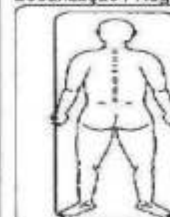
☒ GRAU - II

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra:

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☒ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☒ Serossanguíneo

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

Dor:

☐ Sim ☒ Não

☐ Sim ☒ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor

Condição da pele
Perilesional:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☒ Clorexidina 4% ☐ Outro:

☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☒ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

☐ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

☐ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

Maria de Fátima N. Viana
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 149.708

02
Silvete R. dos Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 1.054.252-150

01-

02-

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

OBS:

Francisco José R. da Cunha
COREN-RR 149.952 - ENF

OBS:

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass:



SERVIÇO SOCIAL
FICHA SOCIAL

DATA 12/09/2020

1.1 - DADOS PESSOAIS DO PACIENTE

NOME: <u>Martha Pereira</u>		
MÃE: <u>Gilma Pereira da Rocha</u>		
PAI: <u>Anselmo Marques</u>		
DATA DE NASC.: <u>01/05/1970</u>	IDADE: <u>50</u>	Nº SUS:
ESCOLARIDADE: <u>Médio completo</u>	NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u>	
COR/ETNIA:	NATURALIDADE: <u>Boa Vista</u>	
CPF:	RG:	
ESTADO CIVIL: <u>Casado</u>	OCUPAÇÃO: <u>Doméstica</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua: Rio Capim, 278 - Prof. Caracelis</u>		
MUNICÍPIO:		
TELEFONES ÚTEIS: <u>91159-4458 / 99177-6598 - esposa</u>		
DIAGNÓSTICO:		LEITO: <u>356</u>

1.2 - DADOS DO ACOMPANHANTE

NOME	<u>Renismaria Melo (esposa)</u>
TELEFONE	

OBS: Solicitar cópia dos documentos: CPF, RG, CNS e COMPROVANTE DE ENDEREÇO e anexar.

1.3 - ANOTAÇÕES:

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass: (S)

Paciente: Martha Pereira Da Rocha**Sexo:** Feminino**Nasc:** 01/05/1970**Idade:** 50 ANO**Documentos:****Solicitação:** 70026527**Número Interno:****Solicitante:** BRUNO VIEIRA DE LIMA CRM-RR 1231**Origem:** HC**Setor:** BLOCO 3B**Leito:** 356**Data de Emissão:** 13/09/2020 08:06:10**Resultado de Exame****Amostra:** 7002652701**Liberação:** 14/09/2020 08:35:41**COAGULOGRAMA COMPLETO****Material:** PLASMA**Metodologia:** M33 - Automatizado (destiny Plus)

	Resultado	Referência
TEMPO DE PROTROMBINA	11.2 seg	10.0 - 14.0 seg
RNI	0.93	0.8 - 1.2
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	29.1 seg	25.0 - 39.0 seg
RATIO	-	0.0 - 1.25
ATIVIDADE DE PROTROMBINA	100 %	70.0 - 100.0 %

Notas

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

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



joseane dos santos alves
Farmacêutico- Bioquímica
CRF-810

Paciente: **Martha Pereira Da Rocha**

Sexo: Feminino

Nasc: 01/05/1970

Idade: 50 ANO

Documentos:

Solicitação: 70026527

Número Interno:

Solicitante: BRUNO VIEIRA DE LIMA CRM-RR 1231

Origem: HC

Setor: BLOCO 3B

Leito: 356

Data de Emissão: 13/09/2020 08:06:10

Resultado de Exame

Amostra: 7002652703

Liberação: 14/09/2020 08:04:26

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	12.96 x10 ³ /uL	4.0 - 10.0 x10 ³ /uL
NEUTRÓFILOS	78.30 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	16.20 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	4.20 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	1.00 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.30 %	0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4.27 x10 ⁶ /uL	3.9 - 5.03 x10 ⁶ /uL
HEMOGLOBINA	13.20 g/dL	12.0 - 16.0 g/dL
HEMATÓCRITO	38.90 %	40.0 - 50.0 %
VCM	91.10 ug/L	77.0 - 101.0 ug/L
HCM	30.90 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	33.90 g/dL	28.0 - 33.0 g/dL
RDW CV	12.30 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	43.00 fL	35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	243.00 x10 ³ /uL	150.0 - 400.0 x10 ³ /uL
VPM	9.20 fL	6.5 - 12.0 fL
ADP	15.90	9.0 - 17.0
PCT	0.224 %	1.08 - 2.82 %



Valdislene Lima Braga
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 436

Paciente: Martha Pereira Da Rocha**Sexo:** Feminino**Nasc:** 01/05/1970**Idade:** 50 ANO**Documentos:****Solicitação:** 70026527**Número Interno:****Solicitante:** BRUNO VIEIRA DE LIMA CRM-RR 1231**Origem:** HC**Setor:** BLOCO 3B**Leito:** 356**Data de Emissão:** 13/09/2020 08:06:10**Resultado de Exame****Amostra:** 7002652702**Liberação:** 14/09/2020 08:42:23**DOSAGEM DE CREATININA****Material:** SORO**Métodologia:** M11 - Cinético Picrato Alcalino**Resultado****Referência**

CREATININA

0.53 mg/dL

0.6 - 1.2 mg/dL

Notas

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

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM**Material:** SORO**Métodologia:** M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)**Resultado****Referência**

GLICOSE BASAL

125.27 mg/dL

60.0 - 99.0 mg/dL

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA**Material:** SORO**Métodologia:** M17 - Cinético Uv (urease)**Resultado****Referência**

URÉIA

22.15 mg/dL

15.0 - 40.0 mg/dL



joseane dos santos alves
Farmacêutico- Bioquímica
CRF-810

NOME: Martha Pereira de Rocha

356
IDADE: 50 anos

FATORES DE RISCO	PTS
Idade acima de 70 anos	5
IAM há menos de 6 meses	10
B3 ou Estase Jugular	11
Importante Estenose Aórtica	3
Eletrocardiograma:	7
- Ritmo não sinusal ou ESSV	()
- Mais de 5 ESV em qualquer momento antes da cirurgia	()
Estado geral e laboratorial:	3
- $PO_2 < 60$ ou $PCO_2 > 50$	()
- $K < 3$ mEq/L	()
- $HCO_3 < 20$ mEq/L	()
- Uréia > 100 mg/dl ou Creatinina > 3 mg/dl	()
- AST anormal	()
- Paciente acamado por causa não cardíaca	()
Cirurgia Intra-peritoneal, Intra-torácica ou Aórtica	3
Cirurgia de Emergência	4

CLASSE	RISCO DE COMPLICAÇÃO	RISCO DE ÓBITO
I (0-5pts)	0,7%	0,2%
II (6-12pts)	5,0%	2,0%
III (13-24pts)	11%	17%
IV (>25pts)	22%	56%

H.D.A.: Fratura platô tibial + fratura osso de mão
H.P.P.: HAS de 30a - LST 50mg 2x/dia. + METZ.
Nega DM.

Cirurgias prévias: listo ovário; HTA; va. ortop. MSE. Alugra dipirona
H.FAM.: pai e mãe HAS e DM
Tabagismo: 0 Etilismo: 0

Exame físico: Supino
A.C.: RR 20 BNF bl. 10pm
PA: 130 x 80 mmHg FC: 68 bpm FR: 20 irpm

Exames Laboratoriais:
- Hb 13,2 g/dl; Ht 38 %; Leucócitos 12.960 PLT 243.000;
- TC - TS - TAP 11,2 INR 0,9
- Glicose: 105 Uréia: 22 Creat: 0,5 TGO: - TGP: -

Radiografia de Tórax: ILT 0,5

ECG: RS, ST @

Comentários: Feldman J.

Boa Vista/RR, 18/09/2020.

Lais Amélia Moura de Oliveira
CRM: 1550
Assinatura

33-356
Mantida Roubada na Roupa

Soluto

ECCG.

13/08/2020



Dr. Bruno Vieira de Lima
CRM-RR 1231
CNS 980016287984622

Martha Pereira

Leito: 356

13 SET. 2020

I CLB FIA++ N 25

aVR

V1

V4

CAL

II

aVL

V2

V5

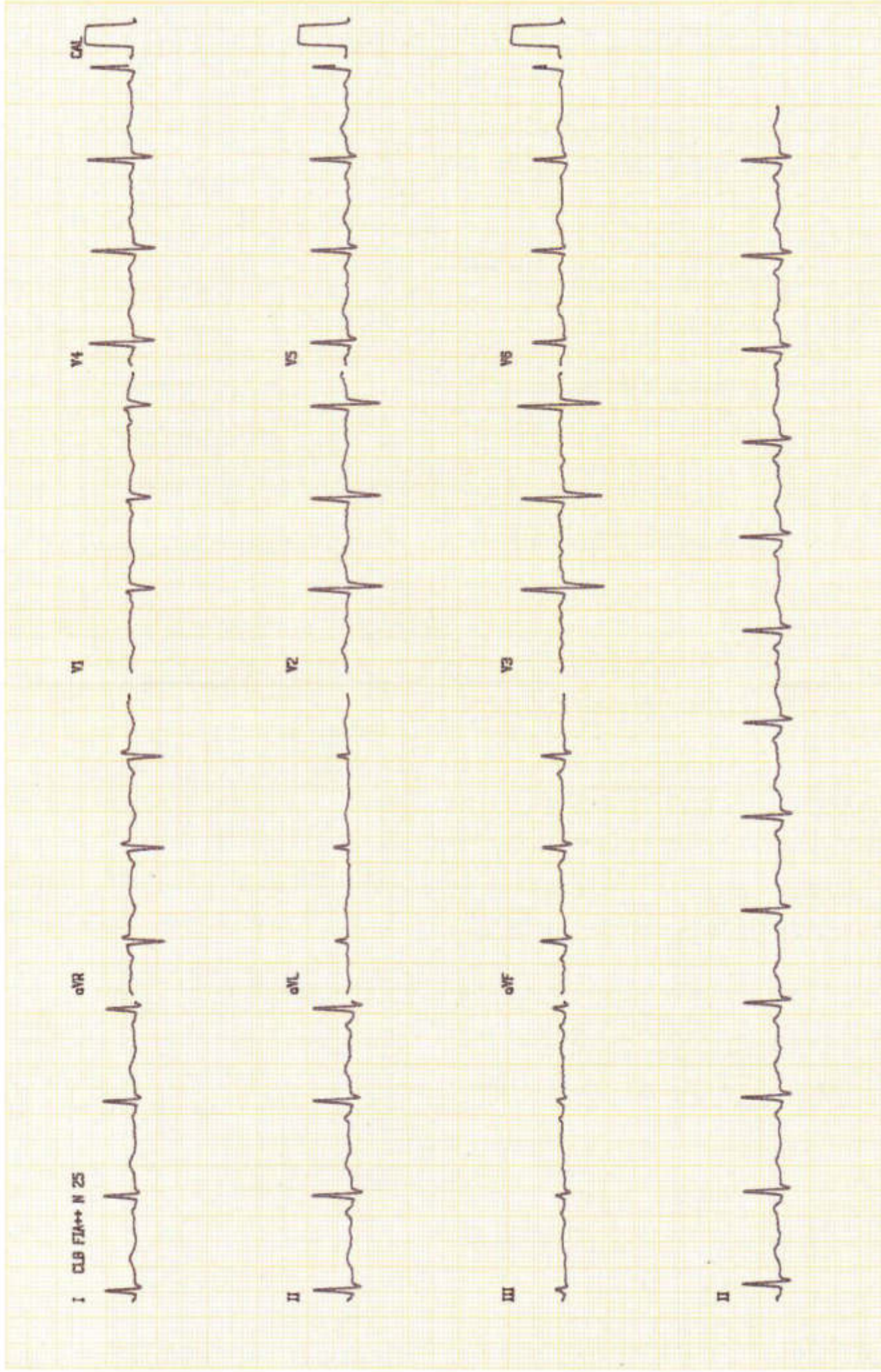
III

aVF

V3

V6

II



10 4 *Manfredo*

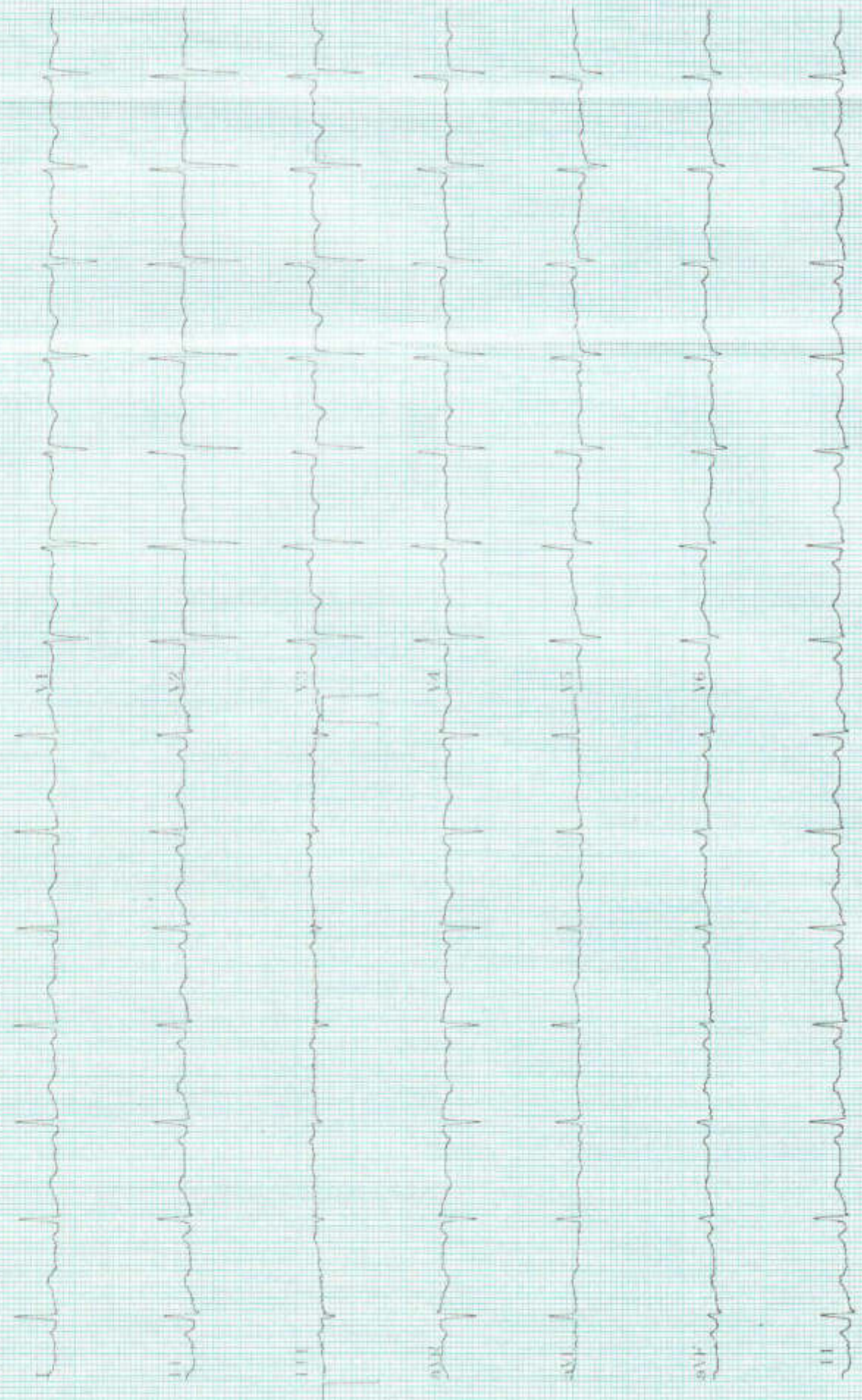
Leveis 6 Canais + 1 Ritmo

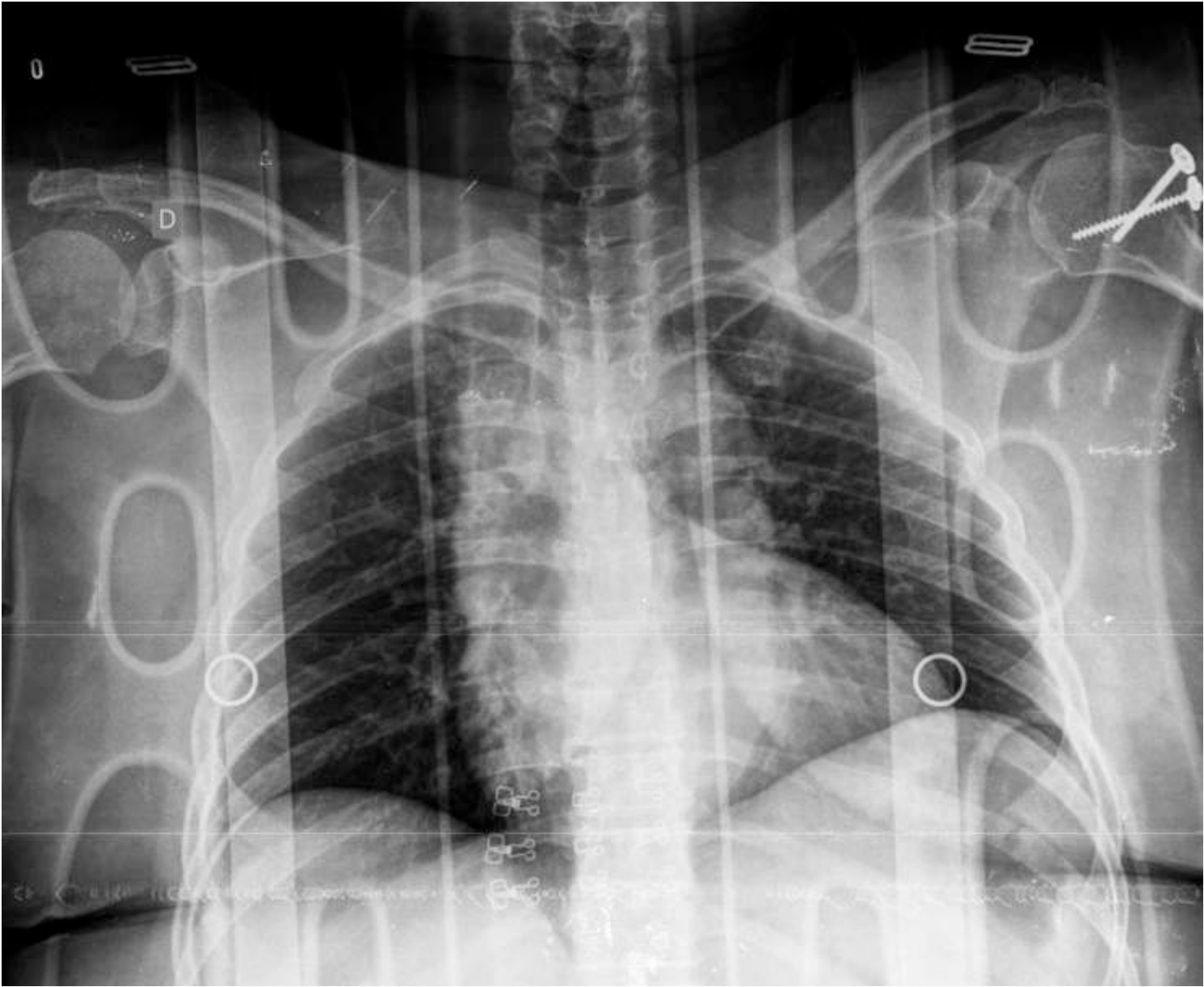
FC: 85b
PR: 150 ms
QRS: 75 ms
QT/QTc: 394/472 ms
Ritmo P-R-T

de Resultado da Análise: 3
Ritmo Sinusoidal Normal
Ritmo Normal
ECG Normal

Hospital HGR PAAR

Conferido por: (Deve ser conferido pelo médico)



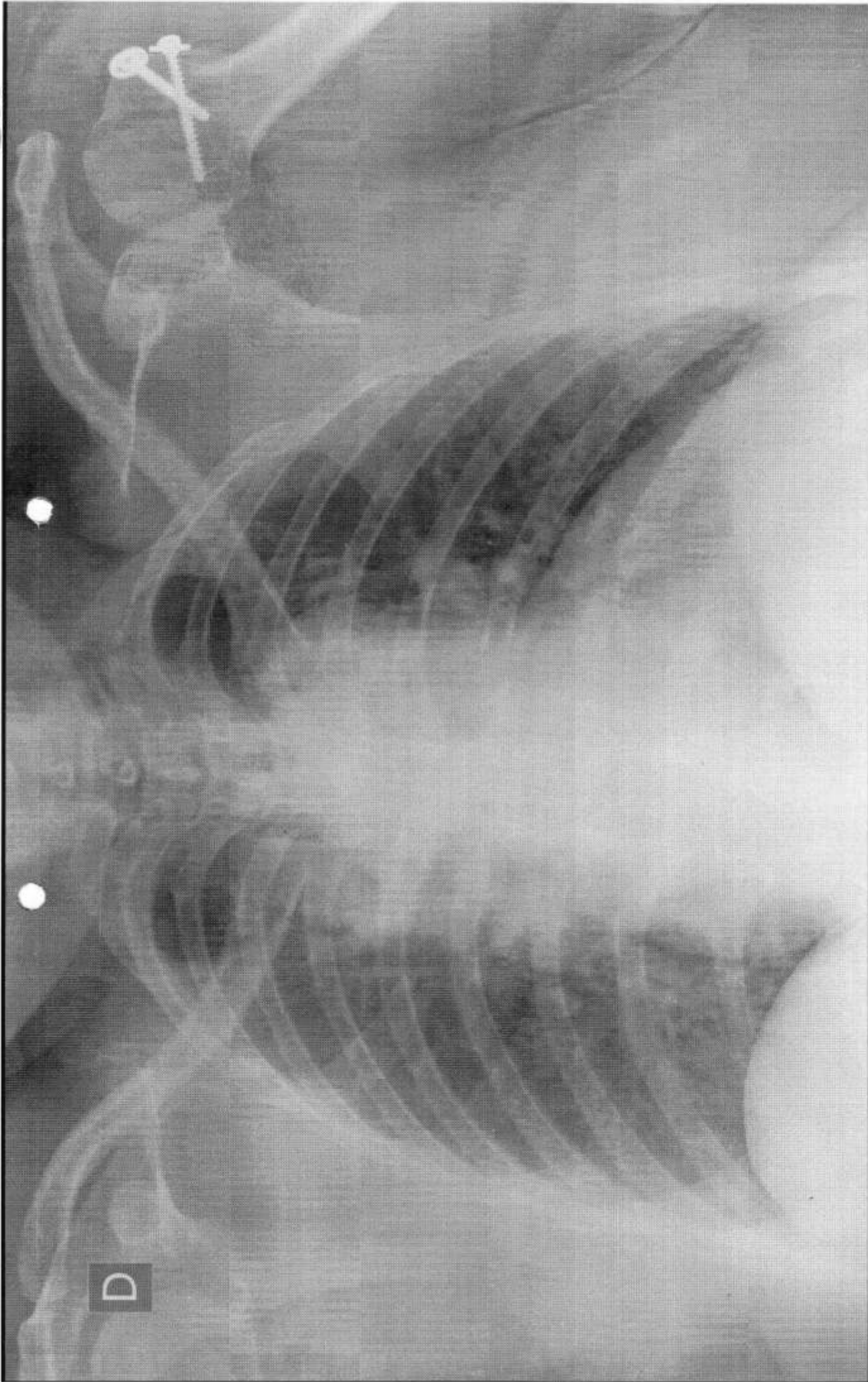








356



D

MARTHA PEREIRA DA ROCHA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID: LEITO 356
Data: 13/09/2020

Nr:
Tec: ALILSON 73,5 %

356

D

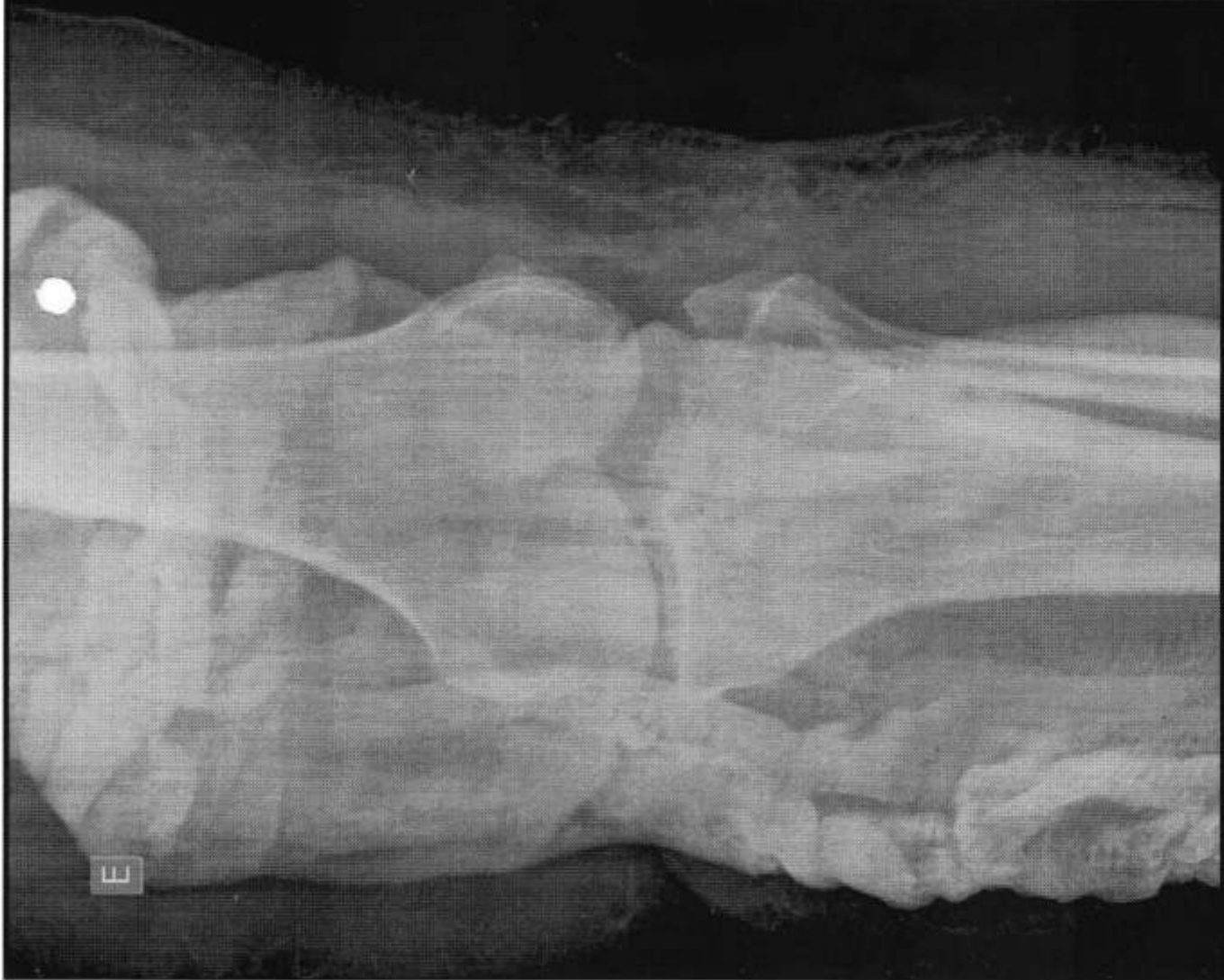
MARTHA PEREIRA DA ROCHA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID: 3161

Data: 15/09/2020

Nr: LEITO 356

Tec: SAMARA LUISE 68,0 %



E

73,5 %

MARTHA PEREIRA DA ROCHA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID: 50

Data: 17/09/2020

356



E

73,5 %

Nr: 3207

Tec:



79,4 %



79,4 %

MARTHA PEREIRA DA ROCHA

ID: 50

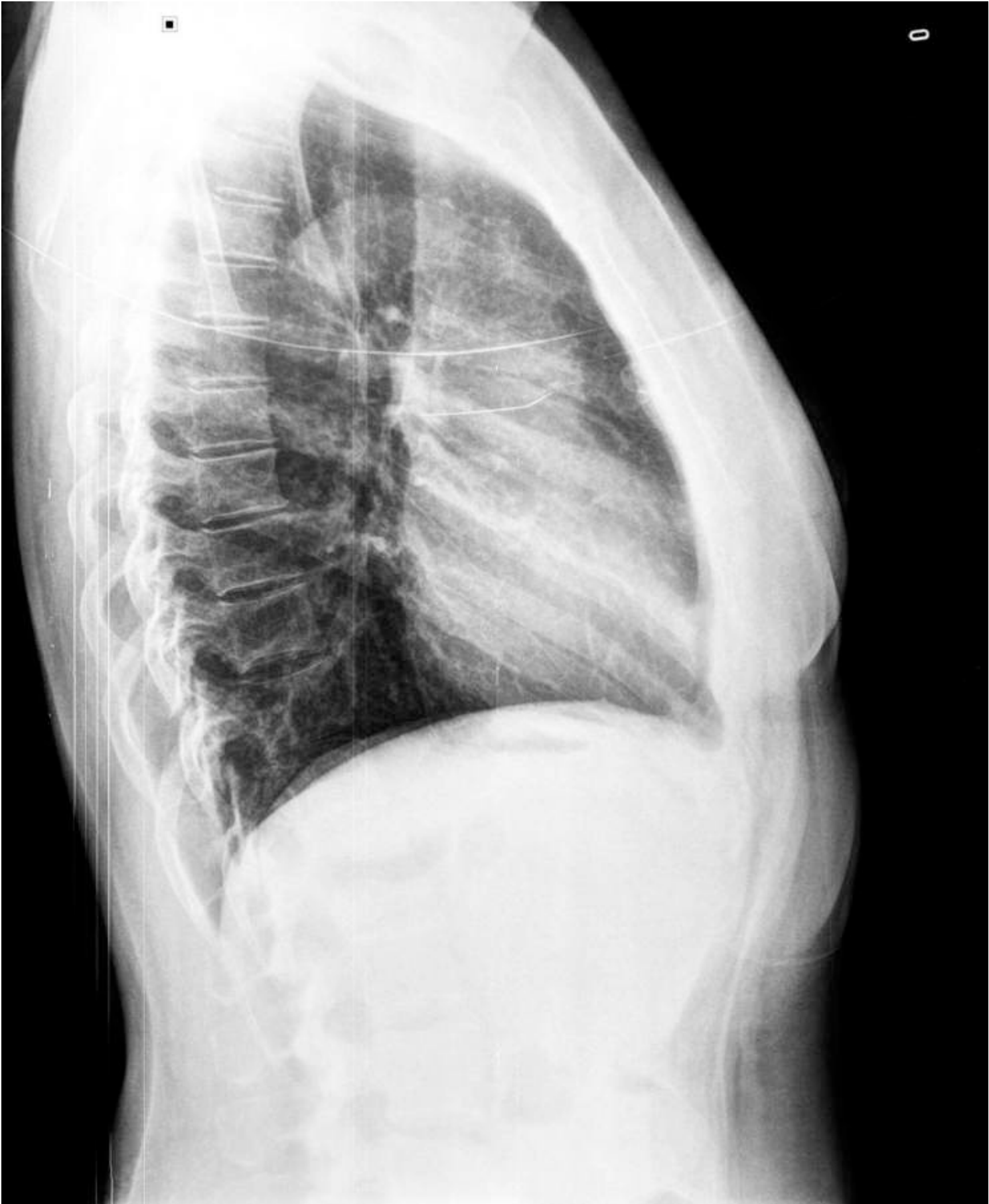
Nr: 3207

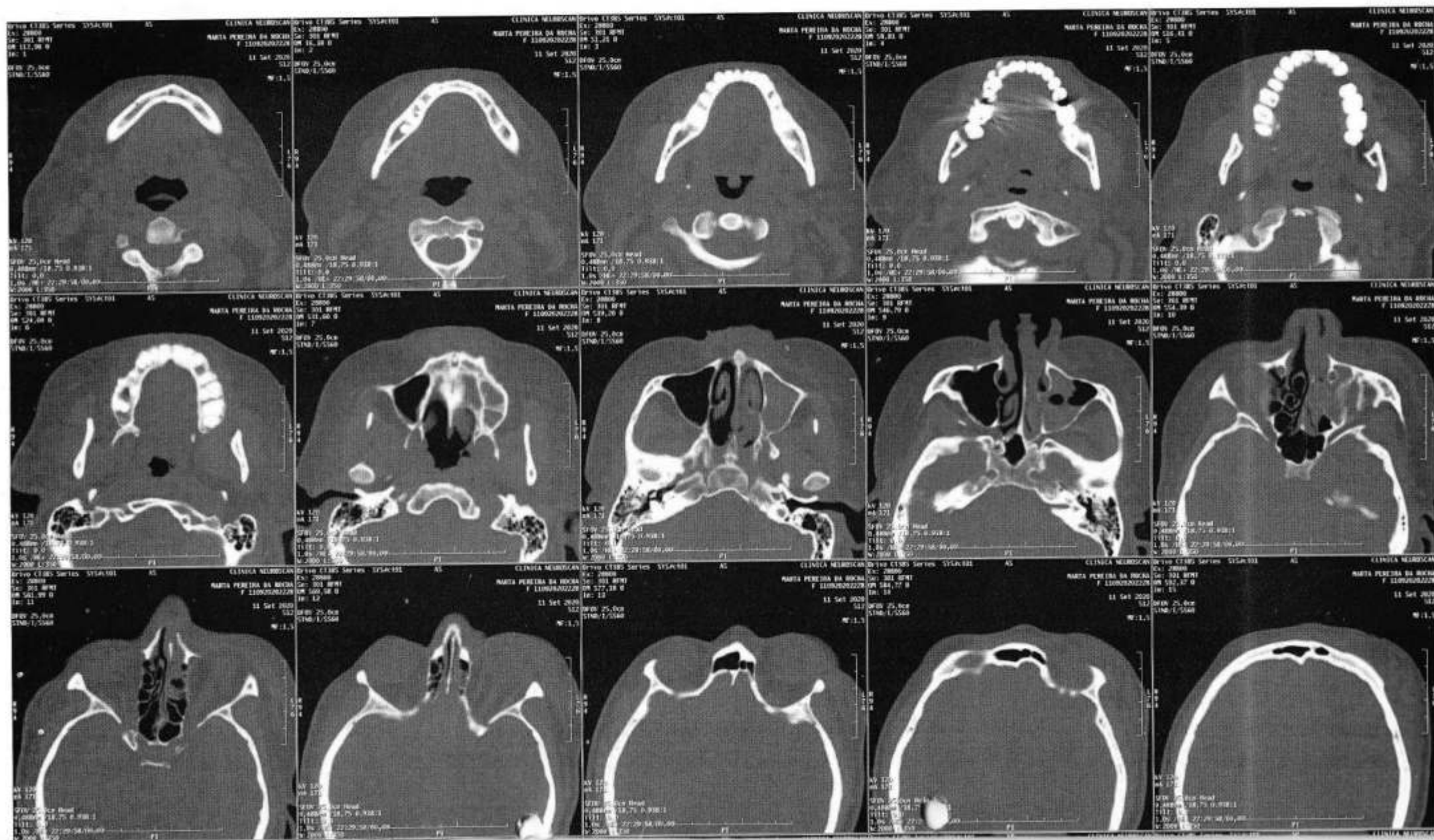
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Data: 17/09/2020

Tec:



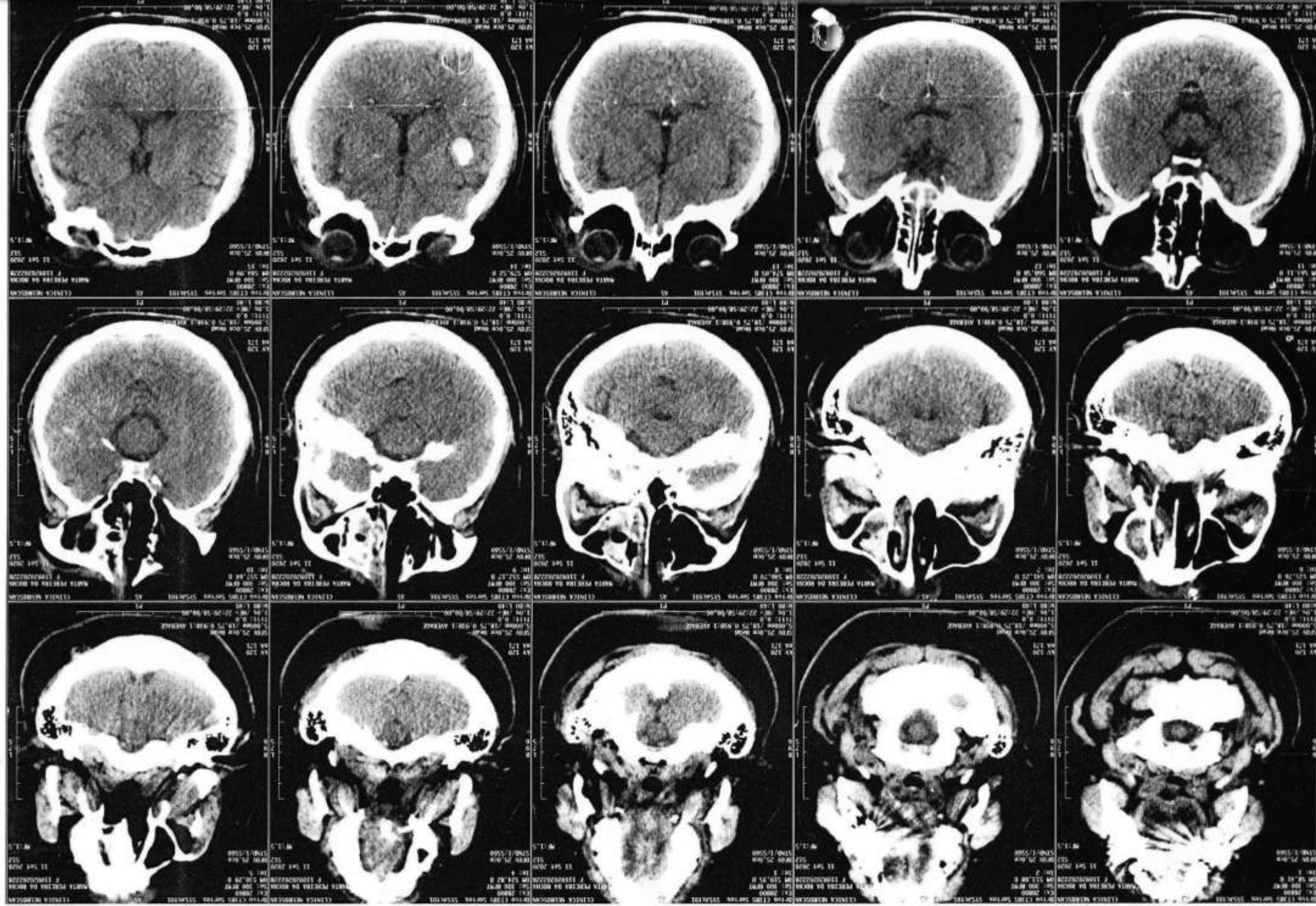


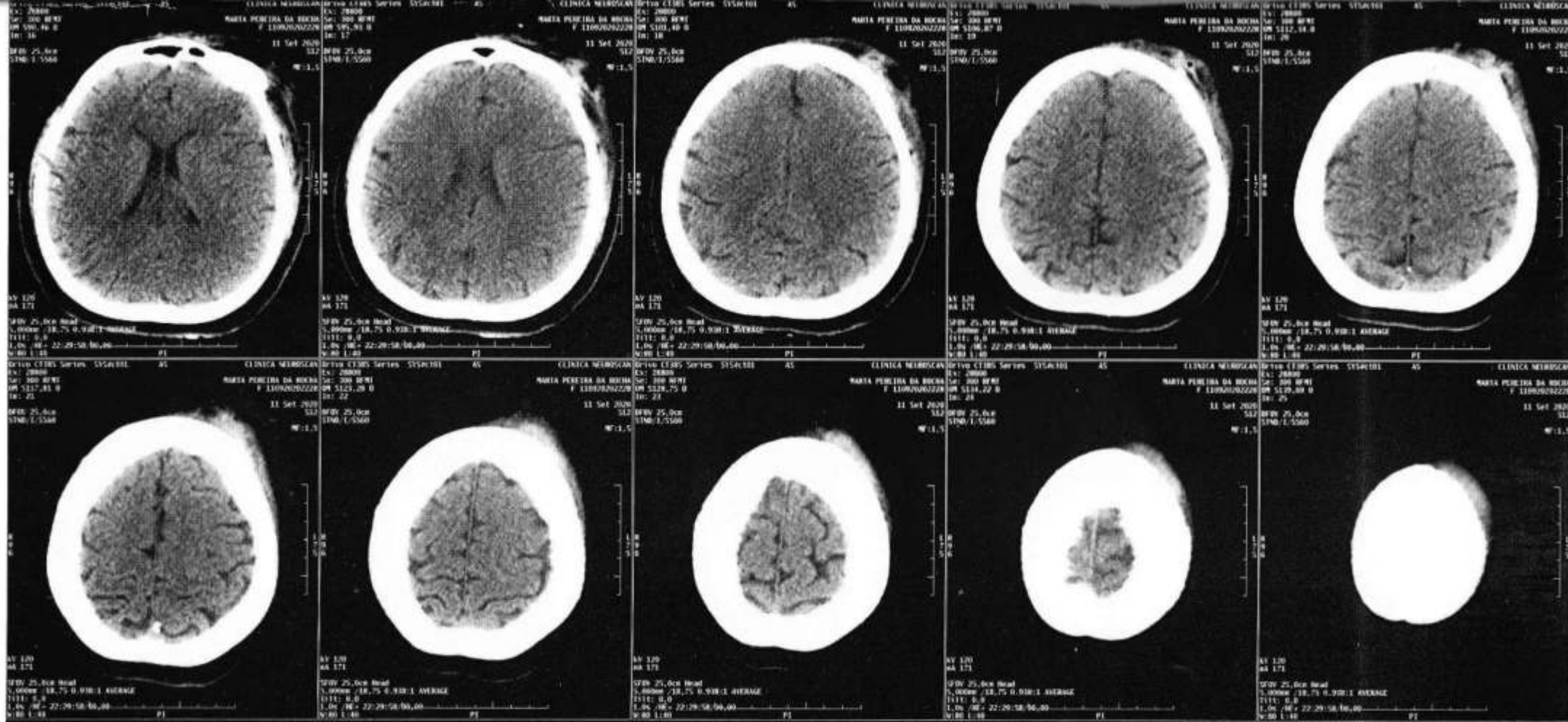




Patient ID: 110920202228
Age: 0Y

Patient Name: MARTA PEREIRA DA ROCHA
Sex: F





Patient ID: 110920202228
Age: 0Y

Patient Name: MARTA PEREIRA DA ROCHA
Sex: F

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 15285454

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS
(Art. 13 da Lei nº 8.961/94)



ASSINATURA DO PORTADOR
Andre Carlos Israel



REGISTRAÇÃO
ART 38 INC. I, II E III



 **ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**
CONSELHO SECCIONAL DE RORAIMA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
ANDRÉ CARLOS ISRAEL

INSCRIÇÃO
2045

FILIAÇÃO
ARNO ISRAEL
CELIA NAIR ISRAEL

NACIONALIDADE
BOA VISTA-RR

DATA DE NASCIMENTO
08/12/1983

RG
209532 - SSP/RR

CPI
737.228-552-88

COADOR DE ORDEM E TÍTULO
NÃO DECLARADO

VIA
01 08/02/2019

EXPRESSO EM

RONALDO GOMES MORAIS
PRESIDENTE

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 3452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

123.46160.69-7

3759919

0050

RR

Martha Pereira da Rocha

ASSINATURA DO TITULAR



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polgar Direito

Martha Pereira da Rocha
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



MARTHA PEREIRA DA ROCHA

FILIAÇÃO.....: GILMA PEREIRA ROCHA
ANSELMO MARQUES DA ROCHA

NASCIMENTO.....: 01/05/1970

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO.....: R.G. - 80433 - 09/12/2004 - SESP - RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 382.004.812-04

TIT. ELEITOR: 1286102823

LOCAL DE EMISSÃO: SPTE/RR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO.....: 02/02/2017

CNH.....:

SEÇÃO: 0424

ZONA: 005

Assinatura e Carimbo do Registrador

Assinatura

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

RUÇÃO.....

DATA DE NASC. DE
DOCUMENTO.....

PARA.....

Assinatura e Carimbo do Registrador

NOME.....

DOCUMENTO.....

Assinatura e Carimbo do Registrador

NOME.....

DOCUMENTO.....

Assinatura e Carimbo do Registrador

NOME.....

DOCUMENTO.....

Assinatura e Carimbo do Registrador

LEGENDA

1 - CASAMENTO 2 - DIVÓRCIO 3 - RECONHECIMENTO DE INTERVENÇÃO 4 - DATA DE NASCIMENTO
5 - SEP. JUDICIAL 6 - ADOPÇÃO 7 - MUDANÇA DE NOME

03

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 80433

DATA DE EMISSÃO 09/12/2004

NOME MARTHA PEREIRA DA ROCHA

FILIAÇÃO ANSELMO MARQUES DA ROCHA

NATURALIDADE GILMA PEREIRA DA ROCHA

BOA VISTA - RR

DOC. ORDEM

CERTID. NASC. 9.516 FLS. 83 LIV. 09

BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO 01/05/1970

382.004.812-04

2 VIA

Nota de Cassin do Livro de Arquivo

Dirigido ao JDC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/93

P 1

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO FACTOR RH	DIABETE ☐ SIM ☐ NÃO	HEMOFILIA ☐ SIM ☐ NÃO
ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO		
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. n° 874, de 12 de julho de 1993) ☐ SIM ☐ NÃO		

CARTEIRAS ANTERIORES

NUMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
2644045	0000	RR	07/12/04
02/02/17	Waldemarinha da Silva Agente de Portaria Mat/SIAPE 0260669		
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÍRCULO EM FOLHA DE ANOTAÇÃO		
NUMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÍRCULO EM FOLHA DE ANOTAÇÃO		
NUMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÍRCULO EM FOLHA DE ANOTAÇÃO		

06

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR	G. Almeida Lacerda - ME
CGC/CNPIS	Rua Beneditino Fernandes Magalhães - n° 2789
ENDEREÇO	Tancredo Neves CEP: 60.313-485
MUNICÍPIO	Boa Vista RR
ESP. DO ESTABELECIMENTO	Serviços Domésticos
CARGO	
DATA DE ADMISSÃO	17 de março de 17
REGISTRO N°	RS 957,00 (valor)
RENTUACÃO ESPECIFICADA	por 2 dias úteis e 1 dia par
	x G. Almeida Lacerda - ME
	Gildemberg Almeida Lacerda
	Empresário
DATA DE SAÍDA	31 de agosto de 2017
	Gildemberg Almeida Lacerda - ME
	Empresário
COM. DISPENSA CD N°	
FGTS N° DA CONTA	

07

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: LIVIO VASCONCELOS DE FREITAS

CNPJ: 32.794.839/0001-35

Endereço: RUA EMBAUBA Nº 140

Bairro: PARAVIANA

Município: BOA VISTA UF: RR

Esp. Estabelecimento: COMERCIAL

Cargo: SERVIÇOS GERAIS CBO:52.1135

Colaborador: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

Admissão: 07/03/2019, Cadastro: 01

Remuneração Específica: R\$ 1.000,00 (HUM MIL REAIS)
por MÊS.

Ass. do Empregador ou a Rogo C/Testemunha

Lívio Vasconcelos de Freitas

DATA DE SAÍDA: 23 de Setembro de 2020

32.794.839/0001-35

Lívio Vasconcelos de Freitas

Rua Embauba, nº 140, Paraviana

CEP: 69307-243 - BOA VISTA-RR

COM. DISPENSA CD Nº
FGTS Nº

Lívio Vasconcelos de Freitas
Titular 08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

OGC/OP/CEI

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO

CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO

DE

DE

REGISTRO Nº

FEL. TÍPIA

REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA

1ª

2ª

DATA DE SAÍDA

DE

DE

1ª

2ª

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTR.

09

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200408276 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARTHA PEREIRA DA ROCHA **Data do acidente:** 11/09/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE OSSOS DA FACE. P.4
FRATURA DE METACARPOS (4º E 5º) DA MÃO ESQUERDA. P.4
FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. P.4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P.26

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324379/20

Vítima: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

CPF: 382.004.812-04

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/09/2020

Titular do CPF: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDRE CARLOS ISRAEL : 737.228.552-68

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

MARTHA PEREIRA DA ROCHA : 382.004.812-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 13/11/2020
Nome: ANDRE CARLOS ISRAEL
CPF: 737.228.552-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

ANDRE CARLOS ISRAEL

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324379/20

Vítima: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

CPF: 382.004.812-04

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/09/2020

Titular do CPF: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDRE CARLOS ISRAEL : 737.228.552-68

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

MARTHA PEREIRA DA ROCHA : 382.004.812-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 13/11/2020
Nome: ANDRE CARLOS ISRAEL
CPF: 737.228.552-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

ANDRE CARLOS ISRAEL

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO