

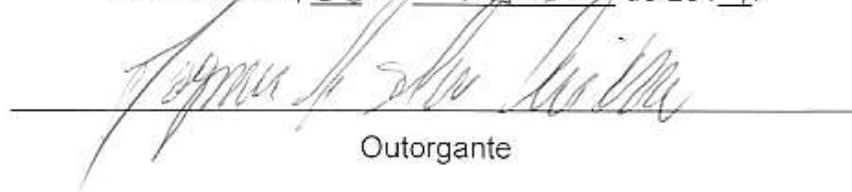


Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA PROFISSÃO: PROFESSOR
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO, FONE: 99133-1523,
E-MAIL: ILDIRA@HOTMAIL.COM RG: 117562
SSP- RR e CPF: 446.894.622-94 RESIDENTE À
RUA: SÃO FRANCISCO N° 74,
BAIRRO: CENTRO VIEIRA, representando o
menor: _____ pelo
presente instrumento procuratório, nomeia e constitui, como seu procurador,
ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, advogado
inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I,
nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere
ampos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo,
Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes
e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e
acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir,
transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber
citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de
Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com
ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 26 de ABRIL de 2019.


Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR

Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 98406-9617

E-mail: adv.abhner@hotmail.com Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO: PROFESSOR
RG N° 117562 SSP/RR CPF: 446.894.622-91
ENDEREÇO: Rua SÃO FRANCISCO, 74 - CANTARAS
VERDE

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

Boa Vista/RR, 26 de ABRIL de 2019.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

117562

DATA DE EXPIÇÃO 06/08/2018

DATA DE NASCIMENTO 26/09/1973

NOME
DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA

FILIAÇÃO
ANTONIO MORAES DE OLIVEIRA
GEOGINA SOARES DA SILVA

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR

CERTD NASC 9925 FLS 185V LIV A-9
1º OF BOA VISTA-RR

CPF 446.894.622-91

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Fornecido pelo Departamento de Polícia Civil

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polegar Direito

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

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Recálculo Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome JACIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Numero de Inscrição 446.894.622-91

Nascimento 26/09/1973

13 MAR. 2019



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Waldemar Costa da Silva Oliveira
Loc. Nasc. Boa Vista Est. RR Data 26.05.73
Filiação Carlos Roberto da Silva Oliveira
Doc. nº 117.562-93 SSP/RR

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em
Exp. em Estado
Obs.
Data Emissão 16.05.90
ORI

Waldemar Costa da Silva
Ag. Co. e Registro do Cartão

12 - CONTRATO DE TRABALHO	
Empregador	Serviço Nacional de Apurização Industrial - SENAI
CGCMF	033 544 542 10292 33
Rua	Av. Capitão João Segura Nº 353
Município	Boa Vista
Est.	RR
Esp. do estabelecimento	Ind. Confecção
Cargo	Operário
CBO nº	14490
Data admissão	01 de maio de 1993
Registro nº	Fis./Ficha 054
Remuneração especificada	Cr\$ 1.709.400,00
	(400 milhas, setenta e nove mil, quatrocentos e noventa)
	Sup. Regional do SENAI/RR
	Diretor Regional do SENAI/RR
1º	
Data saída	06 de 03 de 1990
	Arnaldo Mendes de Souza Cruz
	Ass. do empregador ou a cargo c/test.
1º	
2º	
Com. Dispensa CD Nº	

13 - CONTRATO DE TRABALHO	
Empregador	
CGCMF	
Rua	Nº
Município	Est.
Esp. do estabelecimento	
Cargo	
CBO nº	
Data admissão	de 19
Registro nº	Fis./Ficha
Remuneração especificada	
	Ass. do empregador ou a cargo c/test.
1º	
2º	
Data saída	de 19
	Ass. do empregador ou a cargo c/test.
1º	
2º	
Com. Dispensa CD Nº	



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0051790-9

000926097

UNHO/2018 16/07/2018 700 706,18

IAGMAR DA SILVA OLIVEIRA
L. SAO FRANCISCO 74 CINTURAO VERDE
PF: 00044689462291
EP: 69.312-347 - 80A VISTA

ROT: 29.001.22.07.152200

27463	15/06/2018
2676	16/05/2018
1,000	17/07/2018
700	14/06/2018
700	15/06/2018
NORMAL	30

RESIDENCIAL BI 14E0B09704M 1514282 1.1.1.2 814

MAR/18	693	CONSUMO	700 A R\$ 0,564414 =	395,08
ABR/18	912	RELIÇÃO A REVELIA ART	175 RE	163,24
MAR/18	734	PARCELAMENTO DE DÉBITOS	1/24	124,26
FEV/18	872	ILUMINAÇÃO PÚBLICA		13,56

JAN/18 842
DEZ/17 865
NOV/17 883
OUT/17 880
SET/17 816
AGO/17 745

ARITH. COT. TR. EUT. 0:
2 A 700 - 0,152200

les/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a pagamento do fornecimento de
04/2018 636,14 energia elétrica a partir de 01-05-2010, o não pagamento por
2018, poderá também ser incluído no nome do consumidor na
CONDIÇÃO, caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar
para efeito.

ASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) P
DERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
IGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

3348.CE98.E615.008F.ACSB.0E5D.A7CO.972A

119,91	395,08
191,84	17,00%
0,00	67,16
7,99	1,44
75,34	6,74

0,08 0,00 0,00 0,08 0,00 0,00 0,05
0,00 0,00 0,00

DISTRITO

ROT: 29.001.22.07.152200

04/2018 0,00



0051790-9

706,18

06/2018

16/07/2018

000926097 FCAM

836600000007 6 06180075000 4 000000000051 3 79090618008 4



SEQ.: 00031 UC: 0051790-9 DT. LEIT.: 15/06/2018 T. ENTR.: 04
EITURA: 27463 NORMAL TOTAL: 706,18 CARGA: 009
DT. VENC.: 16/07/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1101

1.3 MAR. 2019



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/biblioteca/web/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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alair Inácio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 09
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Dagmar da Silva Oliveira inscrito
(a) no CPF sob o Nº 446.894.622 / 91, do sinistro de DPVAT cobertura Imunidade da Vitima
Dagmar da Silva Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 446.894.622 / 91, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua: Antonio P. Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Buritis</u>	Cidade <u>Beadista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>IL01RRR@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95)99154-4282</u>

Beadista - RR, 13 de Março de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

13 MAR. 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001105/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/01/2019 11:30 Data/Hora Fim: 16/01/2019 11:48
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 16/01/2019
Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 14/07/2018 19:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua São Francisco

Bairro: Cinturão Verde
Nº: 74

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 26/09/1973
Profissão: Professor Escolaridade: Ensino Superior Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Geocina Soares da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 117562
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 446.894.622-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua São Francisco Nº: 74
Bairro: Cinturão Verde

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado que não é habilitado compareceu a esta especializada para informar que no dia, local e hora aqui descrito, trafegava na MOTOCICLETA HONDA CG 150 SPORT, PLACA NAR 2762, CHASSI 9C2KCD8605R011340 de propriedade de LEONILIA ALVES DOS SANTOS NETA, pela mencionada via que se trata de via preferencial sentido centro, quando uma motocicleta TITAN de placa não identificada, invadiu a referida vindo a colidir na lateral esquerda do veículo do comunicante vindo o mesmo a cair e em decorrência da queda sofreu fratura na perna esquerda. Informa ainda que foi acionado o SAMU e conduzido ao HGR para atendimento médico, informando ainda que este registro é somente para fins de SEGURO DPVAT.



Delegado de Polícia Civil: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho
Impresso por: Carlos Regis Cunha
Data de Impressão: 16/01/2019 11:49
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

13 MAR. 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001105/2019

ASSINATURAS

Carlos Regis Cunha
Responsável pelo Atendimento

Dagmar da Silva Oliveira
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Casuística e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

13 MAR. 2019

FICHA DE ATENDIMENTO		Nº 1396	
PREFEITURA BOA VISTA		UNIDADE: <u>Bravo II</u> EQUIPE: <u>Ten. Guly / cond. Abner</u>	
Paciente: <u>Dagmar de Silva Oliveira</u>		Idade: <u>44</u>	Sexo: <u>mulher</u>
Nacionalidade: <u>Brasileira</u>		Raça: ☒ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia	
Endereço: <u>Av. São Francisco</u>		Bairro: <u>União Verde</u>	
Nº <u>13-109</u>		DATA: <u>14/10/18</u>	HORA JIS: <u>20:05</u> BASE ☐ VIA ☒ ☒ RÁDIO
Médico (a) Regulador(a) D(a) CRM: <u>B. ENZO</u>		HORA JIS: <u>20:10</u> a <u>20:56</u>	☐ CELULAR
MOTIVO DO AÇIONAMENTO:			
AÇIONAMENTO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NA BASE ☐ OUTRO			
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () / 1 a 3 horas () / 4 a 24 horas () / Mais de 24 horas () / Não sabe ()			
MECANISMO DE TRAUMA			
AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL	
☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão AUTO ☐ Motocicla ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro		☐ Uso de cinto ☐ Vitrina projetada ☐ Vitrina encarcerada ☐ Air Bag Acionado ☒ MOTOCICLETA / BICICLETA ☒ Colisão MOTO X <u>carro</u> ☐ Queda de moto ☐ Atropelamento ☐ Queda de Borda ☒ Pêlo ☐ Com capacete ☐ Sem capacete ☐ Grupo	
PEDESTRE		VIOLENCIA	
☐ Atropelamento ☐ VIA CALÇADA ☐ FAIXA		☐ FAF ☐ FAF ☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro	
OUTROS		OUTROS	
☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeiro ☐ Queda, Altura Aprox. ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Agente ☐ Afogamento ☐ Agressão p animal ☐ Outros		☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeiro ☐ Queda, Altura Aprox. ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Agente ☐ Afogamento ☐ Agressão p animal ☐ Outros	
AVALIAÇÃO INICIAL			
VIAS AÉREAS		CIRCULAÇÃO	
☐ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Esquema de fratura ☒ Outro		☐ Normodermico ☐ Bradicardico ☐ Taquicardico ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar > 2" ☐ Ausente ☐ Cianose central ☐ Cianose de extremidade	
VENTILAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA	
☐ Espirômetro ☐ Anel ☐ Espirômetro ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia ☐ Róncos ☐ Sibilos ☐ Respiração bucal		☒ AVDN ☐ Mioses ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ Apertamento Enzadado ☐ GLASGOW	
SINAIS VITAIS E ESCORES			
Hora	P.A. mmHg	F.C. bpm	F.R. bpm
Início	<u>120/80</u>	<u>100</u>	<u>23</u>
Fim	<u>120/80</u>	<u>100</u>	<u>23</u>
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA			
Pele		Torax	
☐ Corada ☐ Queimada ☐ Pálida ☐ Púrpura ☐ Úlcera ☐ Seca ☐ Clorótica		☐ Dor ☐ Excoriações ☐ Lacerações ☐ Contusão pulmonar ☐ Feridas Aspirativas ☐ Empalamento	
Cabeça		Abdome	
☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Atumetimento ☐ Perf. penetrante		☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tabua ☐ Doroso ☐ Evisceração	
Pelve		MOTOR	
☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Dor ☐ Instabilidade ☐ Crepitação		☐ Dor ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tabua ☐ Doroso ☐ Evisceração	
Coluna Dorsal		TOTAL	
☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Escoriações ☐ Crepitação		☐ Dor ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tabua ☐ Doroso ☐ Evisceração	
NMSS		TOTAL	
☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Lacerações ☐ Fratura ☐ Amputação ☐ Crepitação		☐ Dor ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tabua ☐ Doroso ☐ Evisceração	
MMI		TOTAL	
☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Lacerações ☐ Fratura ☐ Amputação ☐ Crepitação		☐ Dor ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tabua ☐ Doroso ☐ Evisceração	
OCULAR		TOTAL	
☐ Espontânea ☐ Ao comando ☐ 2 Adm ☐ 1 Sem resposta		☐ Dor ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tabua ☐ Doroso ☐ Evisceração	
VERBAL		TOTAL	
☐ Orientado ☐ Confuso ☐ 3 Palavras ☐ Inapropriadas ☐ 2 Palavras ☐ Incompreensíveis ☐ 1 Sem resposta		☐ Dor ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tabua ☐ Doroso ☐ Evisceração	
MOTORA		TOTAL	
☐ Obedece a comandos ☐ Localiza a dor ☐ Movimento de retirada ☐ Flexão anormal ☐ Extensão anormal ☐ 1 Sem resposta		☐ Dor ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tabua ☐ Doroso ☐ Evisceração	
AVALIAÇÃO CARDÍACA			
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Flutter			
☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assistolia			
APEÇÃO CLÍNICA			
☐ Respiratório ☐ Neurológico ☐ Psiquiátrico ☐ Metabólico ☐ Cardiovascular ☐ Abuso			
☐ Digestivo ☐ Infecções ☐ Costeiras ☐ Outras			
HISTÓRIA PEGRESSA			
☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso			
☐ Alergia ☐ Outros			
GRAVIDADE PRESUMIDA			
☐ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ SEVERA			
ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO (Unidade de Destino)			
MÚLTIPLOS MEIOS AÇIONADOS			
INCIDENTE			
☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local - EVASÃO ☐ Recusa de hospitalização ☐ Tiro ☐ Bombeiro no local			
RCP			
☐ Iniciada ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso ☐ Out			
OBSERVAÇÕES			

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 01/02/19
Stephanie
Rubrica

13 MAR. 2019

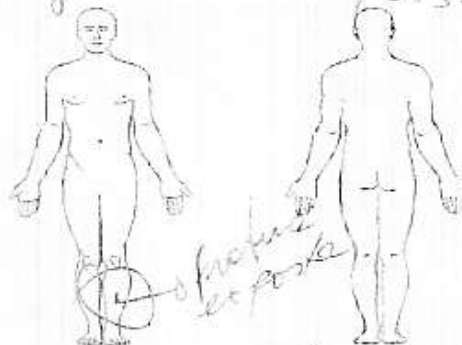
GESTANTE

IG pr semanal _____ Movimentos Totais _____

Perda do líquido _____ BCF _____

☐ Com cartão ☐ Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO	
01 Composto de limpeza	01 RL Soro
04 Oclusivos de 20cm	01 Enxerto de pele
02 Comprimidos	01 Fita elástica
01 Equipamento	01 Soro de Ringer
01 Gaze 12	01 Soro de Ringer



ASSINATURA E CARIMBO
Gren 26 342249

SAMU 192-SV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 01/02/19
Stephanie
Rubrica

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
validação de documento em <https://prodi.tir.jus.br/prodi/> Identificador: D1VHA1IBQVC9EENK 25SVA



--- Guia de Atendimento 02 ---



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

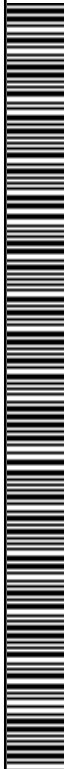
Ortopedico Dr. Elder

Tratamento MOTO + MOTO. R. por acidente
traumático de osso da perna (E) (esquerda). CD.
AOCC + enlunho

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1995



13 MAR. 2019



 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE H. G. R.				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE Ortopedia				4 - CNES			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
5 - NOME DO PACIENTE Mauro dos Santos de Oliveira				6 - Nº DO PRONTUÁRIO 466910			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 7102130021631431371911				8 - DATA DE NASCIMENTO 26/09/73			
9 - SEXO M				10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL Geolima Soares da Silva			
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua São Francisco - Antares Verde				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Bom Jardim				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO			
15 - UF RJ				16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Fratura de V. humerale direita e do Oso. de R. 2 (C) e 3 (A) de acidente de moto							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Lactante lúgido							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) História + Exame físico + Radiografia							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO Fratura humerale e fratura exposta							
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE Dr. Elder D. R. dos Santos							
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 14/07/18							
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Oduvaldo Oképin Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 188177							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - ACIDENTE DE TRABALHO 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO							
36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE							
39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ INAPTO/INOM ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURO							
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR							
45 - DOCUMENTO 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 14/07/18							
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Oduvaldo Oképin CRM 188177							
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 04080505005828 V799							

13 MAR. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 14/07/18

O.S.

Dagmar Da Silva



DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta Osso Perone Esquerdo
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Tratamento cirúrgico fratura exposta tibia e fíbula
TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirurgia
MEDICAÇÕES E ACIDENTES:
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 2 Mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Elder 1º AUXILIAR: Dr. Delnacho R.
2º AUXILIAR: Dr. Marcos R. INSTRUMENTADORA:
3º AUXILIAR: ANESTESIA:
ANESTESISTAS: ANESTÉSICO:
INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em D.P.H. sob anestesia
- 2) Intubação e traqueostomia
- 3) colocação de campos esteréis
- 4) L.M.E.
- 5) Sutura
- 6) Redução aberta + colocação de fixador externo
- 7) Lavagem radical
- 8) Suturas
- 9) R.P.A.

Dr. Elder Soares
Cirurgião Geral
CRM

13 MAR. 2019


GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Secretaria de Saúde - Pernambuco

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Dagner da Silva Oliveira **Idade:** 44 anos

Data: 14/07/13 **Local:** Dagner Alegria, DM 10m

PRE-MEDICAÇÃO: OPIA - COSE - ACPA - EPITO

AGENTES	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
DA																		
X																		
VLGO																		
O																		
ANES																		
X																		
OP																		
O																		
TEMP																		
ASPIR																		
A																		
RESP																		
O																		
Export																		
Assist																		
Contro																		

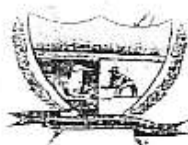
SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Remédio 10 ml			1 - Check List Anest. OP
B. Midazolam 1 mg			Monitor: SpO2 + FC + ECG + PnO2
C. Propofol 10 mg			1 - CN O2 22 mm + sup.
D. Diprivan 2 mg			2 - Sedação: Remédio 10 mg
E. Fentanyl 5 mcg			Midazolam 2 mg
F. /			3 - Acupuntura
G. /			Diprivan 1 mg
GLUCOSE	GLUCOSE	Canula - Mão / Oro Pedregal	4 - Cefalotina 2g
TIPO		Mist / Orolingual / Gelo	5 - Diprivan 2g
SANGUE		Set - Temp / Calor do Tubo	6 - Truval 10
		Sob Máscara	7 - alba 15 ml
		Diluição Técnica	
OP 09:15:00			
TOTAL 1500		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			
Tratamento cirúrgico de fratura			
Local: Sala de Cirurgia			
ANESTESIA	ANESTESIA	ANESTESIA	
ANESTESIA			

Assinatura: Bruno Thiago O. C. Pinto
Medico: CRM-RR 1025

PLACA SANGUÍNEA:
Mínimo

13 MAR. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Dagimar da Silva Oliveira			5/N	14/10/11
TIPO		CIRURGIA		
Fixação Externa de Tibia "E"		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		23:20	00:20	
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA			
1º AUXILIAR	Res. Eder	ANESTESISTA:	Dr. Eudes	
2º AUXILIAR	Res. Marcos	RES. ANESTESIA:	Res. Danielle	
		INSTRUMENTADOR	Res. Bruno	
		CIRCULANTE	Cristiane e Hilma	
TIP. E ANESTESIA:	Raque			
Q	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml
2	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
3	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
4	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYLNº
	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2.0
	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
3	LÂMINA BISTURINº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº
	SERINGA 01ML			SURGICEL
2	SERINGA03ML			Agulha B/ raque
2	SERINGA05 ML			Eletrodos
3	SERINGA 10ML			Coverex de O2
	SERINGA20ML			Equipo microscopios
				Atadura de crepom
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Alessandra e Stefanie	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

13 MAR. 2019

SAI: - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRURGICO/SRPA

NOME: Dagmar da Silva Oliveira

[illegible][illegible]

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Dr. Wagner da Silva Oliveira
Anestesiologista

Dr. Wagner da Silva Oliveira
Anestesiologista

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

SAÍDA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

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

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:
() Identificação do paciente
() Rito cirúrgico
() Procedimento

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

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

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

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

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

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

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

A PROFITAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.
() Não se aplica
() Sim, Qual: Valotina na 2ª Hora: 12:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
() Sim () Não se aplica

PULSO DE TUBO DA SANGÜINEA > 500 ml
() Não
() Sim, e não foi endovascularizado e planejado para fluídos

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

301-2

OK



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



HGR
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		DIAGNÓSTICO		301-2	
ALERGIAS		HAS		NEGA	
IDADE		LEITO		DM2	
ITEM		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO	
1		DIETA ORAL LIVRE		SND	
2		AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia		24	
3		CEFALOTINA 1G EV 6/6h		12/12	
4		TILATIL 20mg 12/12hs		S/N	
5		DIPIRONA 2ML EV 6/6		S/N	
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		S/N	
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		S/N	
8		RANITIDINA 50MG EV 8/8HS		S/N	
9		SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		S/N	
10		SSVV + CCGG 6/6 H		S/N	
12		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		S/N	
14		CURATIVO DIÁRIO		S/N	
15		MAGGIUMIN 5mg 1x/d		S/N	
16		DIPYR 6/6h		S/N	
17		Clindamicina 600mg EV 6/6h		S/N	
18				S/N	
19				S/N	
20				S/N	

**SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINÁ 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:

Ao bloco para programação cirúrgica

6m: 15.04.2019
08:34.50 h
no bloco C, com monitorização
e com prescrição de insulina
Paciente em boas condições
PA = 120 x 80 mmHg
FC = 100 bpm
T = 36.7°C
D = +
E = +

SINAIS VITAIS	DEBITE	Correção	34.8	10.0
6 H	296mg/dl	2.00	0.15	0.15
12 H				
18 H				
24 H				



Dr. Marcos Aguiar
Médico Especialista em
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR-1495

**MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.**

Os: 23:00 - PA: 120 x 75 mmHg
FC: 95 bpm

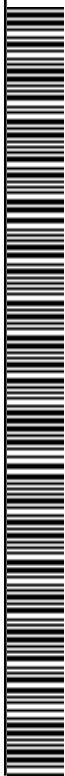
Paciente encaminhado ao bloco, agendado com o fisioterapeuta, para
acompanhamento do dia e a noite - 15 JUL 2019

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: <i>Dagnor da Silva Almeida</i>					
AGNOSTICAR					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
SEXO		305-2		15/07/2018	
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				<i>SN</i>
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				<i>SN</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				<i>12h 24 06</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>SN</i>
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>SN</i>
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
4	<i>Eparalino 1g 6/6h EV</i>				<i>12h 20 02 08</i>
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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				
LEITURAS MÉDICAS:					
CONTROLO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, DOCUMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES					
EXAME FÍSICO: DEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, CIRCULADO, HIDRATADO.					
SINAIS VITAIS:					
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NÃO					
EVALUAÇÃO DE ALTA SEM PREVISÃO					
DATA	PA	FC	FR	TEMP	Dr Odinechi Okemiri Residente de Ortopedia e Traumatologia
08h					
12h	120/70	105	—	36.5°C	
13h					
20h					

*12h de dor: 370mg
feito 2UI de IR C.P.
T. G.*

13 MAR. 2019

13 MAR. 2010



301-2

1513



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____

PACIENTE Dagnon do Nêvo Almeida

DIAGNÓSTICO _____

ALERGIAS _____

IDADE _____ HAS _____ NEGA _____ DM2 _____

LEITO 301-2 DATA 16/07/20

ITEM _____ PRESCRIÇÃO _____ HORÁRIO _____

1	DIETA ORAL LIVRE <u>DI</u>	
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia	<u>3N12</u>
3	GEFALOTINA 1G EV 6/6h	<u>18</u>
4	TILATIL 20mg 12/12hs <u>SIN</u>	<u>12 12h 06 20 02 08 14</u>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 <u>SIN</u>	<u>12 18 24 06</u>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 1cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	<u>Am</u>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	<u>Am</u>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS (S/N)	<u>Am</u>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	<u>Am</u>
10	SSVV + CCGG 6/6 H	<u>Am</u>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	
14	CURATIVO DIARIO	
15	<u>Mellormin 550g 14/12 V2</u>	<u>18 12</u>
16	<u>Dextro 616h</u>	<u>12 24 06</u>
17	<u>Chlormadin 600 EV 6/6h</u>	<u>12 24 06</u>
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINÁ 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	<u>22 20 4 12 1.2</u>

VOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

22H PA = 140x90 mmHg
P = 85 BPM
T = 36.7°C
Dextro = 233 mg/dl
Glicose = 135 mg/dl

OGHCO PH 104 X 64 K84
T = 36.5°C
D = +
E = 0
Dextro 264 mg/dl
P 202 mmHg

SINAIS VITAIS	PA	P	DEXTRO	T
6 H				
12 H				
18 H	PA: 140x90	P: 85	293 mg/dl	36.7°C
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

Cledvanla Silva Costa
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 891.651-TE

13 MAR. 2019

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HGR Hospital Geral de Roraima
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	Diagnóstico de Abner Almeida					
DIAGNÓSTICO						
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA 52m	
IDADE		LEITO	3059	DATA	17/07/13	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE <i>deletado</i>					SND
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia					18
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (<i>Depend</i>)					-
4	TILATIL 20mg 12/12hs <i>S/N</i>					SND
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 <i>S/N</i>					12 18 24 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					Sr
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					Sr
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS					08
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					Sr.
10	SSVV + CCGG 6/6 H					
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG					Sr.
14	CURATIVO DIARIO					
15	<i>Celluxcom 1g EV 12/12h</i>					14 08
16	<i>Clonazepam 0.5mg EV 6/6h</i>					12 18 24 06
17	<i>Meloxicam 7.5mg VO</i>					12 18 24 06
18	<i>Clonazepam 0.5mg 12/12h VO</i>					20 08
19	<i>Voxpro 12 1350 06 2030</i>					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINÁ 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:						

Ao bloco para programação cirúrgica

Dr. Roberto - 24h após a cirurgia de abdômen após medicação das 24h

Dr. Marcos Aguiar
Medicina Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 144 1925

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

SINAIS VITAIS	PA	FC	TAX	Diário
6 H				
12 H	110/59	87	36.5C	+
18 H	90x60	60	36.6C	
24 H	55x62	76	36.7C	+
06h			35.5C	Diário

301-2

401-4
401.4

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Dagmar da Silva Almeida				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	301-2	DATA	18/07/18
ITEM	HORÁRIO				
1	DIETA ORAL HVRE p/ DM				
2	AVP				
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + COGG 8/6 H				
13	Clonazepam 600g EV 6/6h				
14	Ciprotiamina 80g EV 12/12h (Nupr)				
16					
NOTAS: 1. Ajustar a dosagem de insulina regular (SC) conforme esquema: 100-250: 2UI; 251-500: 3UI; 501-750: 4UI; 751-1000: 5UI; > 1000: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML.					
CONCLUSÃO MÉDICA:					
PA	FC	FR	TEMP	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
130x80	80	18	36.4	MARCUS AURÉLIO	
140x80	64	—	36.4	MARCUS AURÉLIO	
140x80	70	—	36.4	MARCUS AURÉLIO	

17. Clonazepam 8 EV 12/12h

13. Metformina 850g 12/12h

17. Gabapentina 800g 12/12h

13. Dextro 66h 12/200 18/246. 28/302mg/148mg/148mg

15.45: PA: 130x80 mmHg
FC: 89 bpm
T: 36.4
Rec. enq. Eliaviana SC.

18.00h: PA: 130x90 mmHg
FC: 90 bpm
T: 36.4
Dextro 256mg/148mg
Rec. enq. Eliaviana SC

NIR
Regulado para leito
810 401-4 às 11:30h
Regulação Interna

2500 Adm. BUITE
Cpm. Agnaldo
Jaqueline Inácio Ferro
Aux. de Enfermagem
COREN-RR 556.273

13 MAR. 2019

13 MAR. 2019

4014

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE DAYMAR DA SILVA OLIVEIRA					
AGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA ESQ					
ALERGIAS					
IDADE	44	HAS	LEITO	401-4	DM2
				DATA	20/07/2018
PRESCRIÇÃO					
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS				
2	AVP				3:00
4	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS				notar
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				18 06
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				5:00
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				06
15	CURATIVO DIÁRIO				10:00
16	GLIBENCLAMIDA 5MG VO 12/12HRS				20 06
17	METFORMINA 850MG 1 CP 1 X AO DIA DIPAC				12 20
18	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS				
19	DEXTRO C/6HRS 111 171 231				24 06
20					06
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES					
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.					
# SOLICITADO:					
# CONDUTA:					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	106/73	85	20	360	
18 H					
24 H					

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1951/RN

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

13 MAR. 2019

401-4



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

CIENTE Dagnat Da Silva Oliveira, 44 ANOS,
U ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 14/07/18, COM
AGNÓSTICO DE fratura exposta osso 12 perna (E)

DIA 14/07/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Fixação externa tibia (E) SENDO
ERADO PELO DR. Elder E DR. _____

CEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 20/07/18 ÀS 12,00h, EM
M ESTADO GERAL SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

IM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
RONEL MOTA NO DIA 06/08/18 ÀS 7,30h, COM O
Elder

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- NÃO FLETIR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

CIENTE ASSINA ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Bruno

Dr. Odinechi Odeh
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18617/RN

13 MAR. 2019

Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	☒ INVALIDEZ PERMANENTE
		☐ MORTE	
Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	446.894.622-91	Dagmar da Silva Oliveira	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Dagmar da Silva Oliveira		446.894.622-91	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Professor	Rua: São Francisco	74	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Centrao Verde	Bea Vista	RR	69
E-mail:	Tel (DDD):		
TIORRR@HOTMAIL.COM	(95) 99154-4282		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
DADOS CADASTRAIS			
RENDA MENSAL:			
☐ RECUSO INFORMAR			
☒ SEM RENDA			
☐ ATÉ R\$1.000,00			
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00			
☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00			
☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00			
☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00			
☐ ACIMA DE R\$10.000,00			
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA:			
☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
☐ Bradesco (237)			
☐ Itaú (341)			
☐ Banco do Brasil (001)			
☐ Caixa Econômica Federal (104)			
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
Nome do BANCO: Brasil			
AGÊNCIA:		CONTA:	
4263		16.789	
(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.			
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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):			
☐ 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.			
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo			
Data do óbito da vítima:			
Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não			
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não			
Se a vítima deixou filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não			
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.			
TESTEMUNHAS			
1ª Nome: _____			
CPF: _____			
Assinatura: _____			
2ª Nome: _____			
CPF: _____			
Assinatura: _____			
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)			
Assinatura do Representante Legal (se houver)			
Assinatura do Procurador (se houver)			

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

13 MAR. 2019



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0271206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

446.894.622-91

Nome completo da vítima

Dagmar da Silva Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Dagmar da Silva Oliveira	CPF titular da conta 446.894.622-91	Profissão
Endereço Rua São Francisco	Número 731	Complemento
Bairro Cinturão Verde	Cidade Boa Vista	Estado RR
Email olivera@hotmail.com	CEP 69.312-347	Telefone (DDD) (95) 98125-9538

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V. CONTA NRO. D/V.
(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.
AGÊNCIA NRO. D/V. CONTA NRO. D/V.
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

BOA VISTA, 13 de maio, de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190199960

Vítima: DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000004263-3**

Conta: **0000016789-4**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0121910/1220 - carta_15R - INVALIDEZ



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJT9H 7ZVLR A45HF ZAY5R





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 1204 ou 0800 022 2204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da vítima

Dagmar da Silva Oliveira

CPF da Vítima

446 894 622-91

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura da invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

BOA VISTA-PA 23 de maio de 2019

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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



ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

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

