



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, Walirison Williams Pereira da Silva PROFISSÃO: Garçom
ESTADO CIVIL: solteiro, FONE: (95) 99148-7442 / 99131-2281
E-MAIL: walirisonpereira25@gmail.com RG: 245152
SSP- RR e CPF: 914.497.152-49, RESIDENTE Á
RUA: Palmas N° 999,
BAIRRO: Nova cidade 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 amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicium*, 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, 22 de januário de 2019.

Walirison Williams Pereira da Silva

Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: Walterson Williams Pereira da Silva
ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Gargen
RG N° 245152 SSP/ RR CPF: 914.497.152-49
ENDEREÇO: Rua: Palmas, nº: 999, Nova Unidade.

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, 22 de Janeiro de 2019.

x Walterson Williams Pereira da Silva.

17 DEZ. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polgar Direito

WALIRSON WILLIAMS PEREIRA DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 245152 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/07/2018

NOME
WALIRSON WILLIAMS PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO
GETÚLIO DA SILVA
WALMERY PEREIRA DA SILVA

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR

IDOC. ORIGEM
CERTD NASC 956 RLS 177V LIV A-2

BOA VISTA-RR

CPF
914.497.152-49

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Petrônio Perceira
Secretário de Estado da Segurança Pública

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

DATA DE NASCIMENTO
25/02/1987

PI

17 DEZ. 2018

TRABALHADOR	
Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, 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. ESTA CARTEIRA CONTÉM 50 PÁGINAS NUMERADAS	
MINISTÉRIO DO TRABALHO SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL PIS/PASEP 126.22215.66-7 NÚMERO 2629082 SÉRIE 001-0 UF RR <i>Walirson Williams Pereira da Silva</i> ASSINATURA DO TITULAR   POLEGAR DIREITO	

QUALIFICAÇÃO CIVIL		ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
02 NOME WALIRSON WILLIAMS PEREIRA DA SILVA BOA VISTA LOC. DE NASC. GETULIO DA SILVA FILIAÇÃO WALMERY PEREIRA DA SILVA DOC. AFRODIAZO R.G. 245152 SESP RR ESTADO CIVIL SOLTEIRO CPF 245152 RG 003461722666 DATA 12/08/2003 NATURALIZADO POR ART. 12 LOCAL DA EMISSÃO DRTRR ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR <i>Abhner</i>		03 FILIAÇÃO DATA DE NASC. DE PARA DOCUMENTO ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR NOME DOCUMENTO ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR NOME DOCUMENTO ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR NOME DOCUMENTO ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR LEGENDA A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE B - SEP. JUDICIAL F - ADOÇÃO H - ANUÊNCIA VOLUNTÁRIA G - DATA DE NASCIMENTO	

17 DEZ. 2018

10		11	
CONTRATO DE TRABALHO		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	140.556.342/0001-19	EMP	109.366.635/0001-81
CGC/CNPJ	S. ALVES MESQUITA - ME	CCOCH	G. F. NORONHA SOUZA - ME
ENDEREÇO	Av. Manoel Homagim, nº 2552 - Sala-03	ENDRE	Av. Cap. Julio Bezerra, Nº 1185 - São Francisco
MUNICÍPIO	Recife - Liberdade	MUNIC	Av. Cap. Julio Bezerra, Nº 1185 - São Francisco
ESP. DO ESTABELECIMENTO	69.309.010 - Boa Vista / RR	ESP. DO ESTABELECIMENTO	69.309.025 - RR
CARGO	Contador	CARGO	BOA VISTARR
DATA DE ADMISSÃO	01 DE JUNHO DE 2015	DATA DE ADMISSÃO	01 DE Dezembro DE 19 2015
REGISTRO Nº	808.00	REGISTRO Nº	808.00
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	2.500,00	REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	2.500,00
DATA DE SAÍDA	31 DE JULHO DE 2015	DATA DE SAÍDA	31 DE JULHO DE 2015
COM. DISPENSA CD Nº	Contador	COM. DISPENSA CD Nº	Contador
FGTS Nº DA CONTRA		FGTS Nº DA CONTRA	



110.02

ROT: 15.001,23.02,265503

NORMAL

ED

E2833493

01/01

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 a 100 = 0,634620

CASO HAJA COBRANCA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA, PODRA
SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. RESERVISTA LICEN
CIADO ULTIMOS 5 ANOS, APRESENTE-SE DE 10 A 14 DEZ - 1 BDA INF SEL
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabens! Até o dia 06/12/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 3D48.242A.7AF2.5C51.783B.97B9.1EC1.19F7

1. 1000 2. 1000 3. 1000 4. 1000 5. 1000 6. 1000 7. 1000 8. 1000 9. 1000 10. 1000

DISTRITO
ROT: 15.001.23.02.265503

10/2018	86,38
---------	-------



VENCIMENTO
16/01/2010

001936639 ECAH

83680000001 7 10020075000 6 000000000107 3 92121218008 4



SEQ.: 00005 UC: 0107921-2 DT.LEIT.: 08/12/2018 T.ENTR.: 07
LEITURA: 37422 NORMAL TOTAL: 110,02 CARGA: 804
DT.VENC.: 16/01/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1302

17 DEZ. 2018



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/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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Fleir Inácio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Walinon Williams Pereira inscrito
(a) no CPF sob o Nº 914.497.152 / 49 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidoz da Vítima
Walinon Williams Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 914.497.152 / 49 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 Antônio Pinheiro Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Beuritis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>ilcarr@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95)98125-9538</u>

Boa Vista 24 de Dezembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

17 DEZ. 2018

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Wailinson Williams Pereira da Silva
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	
IDENTIDADE:	245152 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Palmas, 999, Nova Cidade

OUTORGADO

NOME:	Floris Incio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua Antônio Pinheiro Galvão, 1832, Barão

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Boa Vista 31 Julho 2018

LOCAL E DATA



Wailinson Williams Pereira da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO Cartório do 2º Ofício de Boa Vista Daniel Aquino - Tabelião e Registrador Av. Atalaia Teles, 4597 - Asa Branca - Boa Vista/RR Fone: (95) 3627-4180 2oficiohboavista@cartorioaquino.com.br	35957 Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s) 1-WAILINSON WILLIAMS PEREIRA DA SILVA
Em testemunho da verdade. OBA Do que dou fé. Boa Vista/RR, 31 de julho de 2018. Consulte o(s) selo(s) abaixo em diadadoportalser.com.br RECIFIR1662963NTN4Q57IM16TH66	35957
Emolumentos: R\$ 2.39 Fundos ISS: R\$ 0.60 Total: R\$ 2.99	

17 DEZ. 2018

Ana Claudia Almeida Pontes
Tribunal Escrevente Autorizada



Ministério da Justiça e Segurança Pública
Polícia Rodoviária Federal
Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



 Acidente nº 18034399B01

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 174 **KM:** 499,0 - Decrescente **Município:** BOA VISTA/RR

Data: 10/06/2018 **Hora:** 02:40

Policial responsável pelo atendimento: JEAN JACKSON, matrícula 1985862

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal **Tipo de pavimento:** Asfalto **Tipo de pista:** Dupla

Condição da pista: Seca

Estrutura viária: Active

Localidade urbanizada:  **Acostamento:**  **Canteiro central:** 

Condição meteorológica: Ignorado **Fase do dia:** Plena Noite

NARRATIVA

No dia 10/06/2018 por volta das 2h e 40min, no km 499, BR 174 sentido decrescente, em Boa Vista equipe PRF atendeu acidente do tipo saída de leito carroçável com posterior queda do ocupante. Veículo envolvido (V1), trata-se de uma motoneta Yamaha Cripton placa NAQ-8188 conduzida pelo Sr. Walirson Williams Pereira da Silva o qual foi removido ao Hospital pelo Corpo de Bombeiros. Com base nos vestígios identificados, constatou-se que V1 seguia sentido decrescente, pouco antes do radar de velocidade quando deslocou-se a sua direita, provavelmente por falta de atenção ou sono intenso, vindo a colidir com meio-fio e ocasionando saída de leito carroçável e queda do condutor. Não foi constatado marcas de frenagens de V1 nem vestígios de nenhum outro veículo. Após o impacto V1 parou poucos metros a frente, mas fora da pista. Dinâmica representada no croqui. Conforme levantamento do local do acidente, concluiu-se que o fato determinante para o acidente foi a falta de atenção e provavelmente adormecimento do condutor durante condução. Quando da chegada da equipe PRF, o local estava desfeito e condutor já havia sido removido ao hospital. Informo que a equipe deslocou até o hospital para verificar as condições do envolvido e foi informado que estava em estado grave e seria submetido a intervenção cirúrgica. No trecho onde ocorreu o acidente a pista é sinalizada e próximo a um radar de velocidade. V1 removido ao pátio contratado e veículo autuado. (E-drv 35001806100408-115/ A.I. T137334397).

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Saída de leito carroçável	



Documento assinado eletronicamente por JEAN JACKSON, matrícula 1985862, Policial Rodoviário Federal, em 13/06/2018, às 17:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034399B01 e o número de controle AAE7D09BBE5D325F2F2606788F28E6

17 DEZ. 2018

191



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18034399B01



PRF

IMAGENS PANORÂMICAS

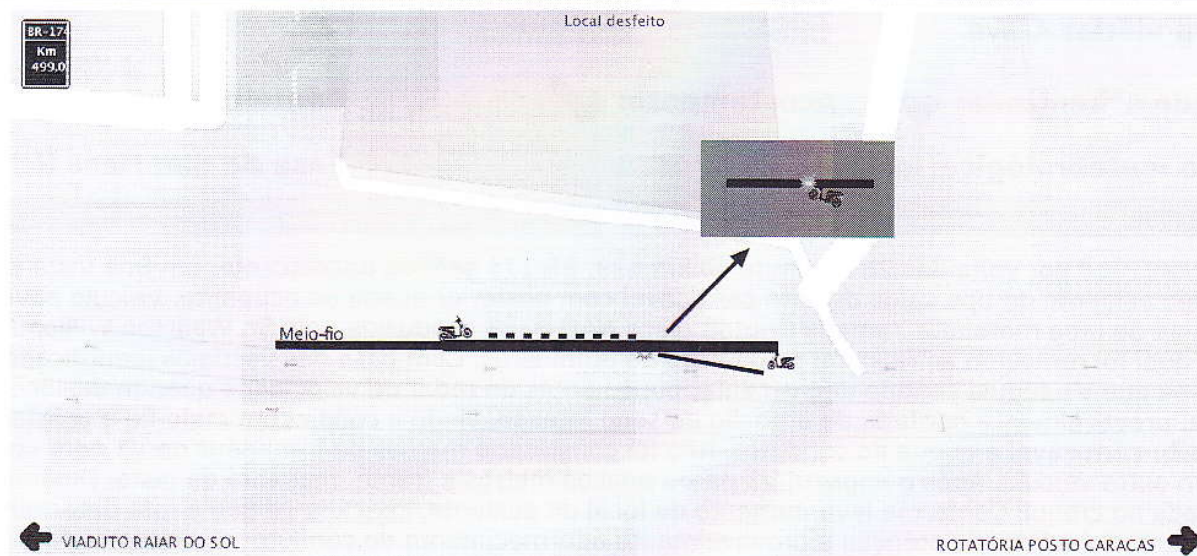


SENTIDO CRESCENTE



SENTIDO DECRESCENTE

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Documento assinado eletronicamente por JEAN JACKSON, matrícula 1985862, Policial Rodoviário Federal, em 13/06/2018, às 17:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034399B01 e o número de controle AAE7D09BBE5D325F2F2606788F28E6



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18034399B01



PRF

V1



NAQ8188

Placa: NAQ8188 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: YAMAHA/T115 CRYPTON ED/2011

Renavam: 00344266796

Chassi: 9C6KE1550C0000994

Tipo de Veículo: Motoneta

Espécie/categoria: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Informações complementares: Veículo seguia fluxo quando provavelmente perdeu o controle vindo a colidir com meio-fio, ocasionando a queda do ocupante.

PROPRIETÁRIO

Nome: FRANCINETE SAMPAIO MIRANDA

CPF/CNPJ: 001.861.682-84

Endereço: R PALMAS CASA 1 NOVA CIDADE, 524, BOA VISTA/RR

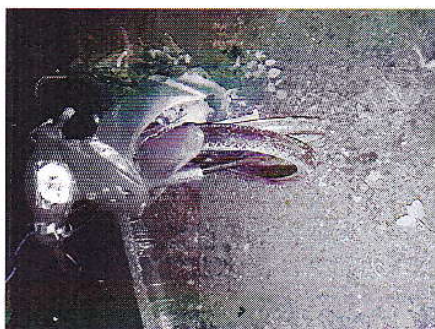
Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Ausência de responsável

Tipo de receptor: Depósito credenciado

Informações complementares: Veículo removido pela ausência de responsável e licenciamento vencido.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JEAN JACKSON, matrícula 1985862, Policial Rodoviário Federal, em 13/06/2018, às 17:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034399B01 e o número de controle AAE7D09BBE5D325F2F2606788F28E6

17 DEZ. 2018

191



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18034399B01



PRF

V1



TRACIONADOR

NAQ8188



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JEAN JACKSON, matrícula 1985862, Policial Rodoviário Federal, em 13/06/2018, às 17:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034399B01 e o número de controle AAE7D09BBE5D325F2F2606788F28E6

17 DEZ. 2018

191



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18034399B01



PRF

V1



CONDUTOR

WALIRSON WILLIAMS PEREIRA DA SILVA

Placa do veículo: NAQ8188

Marca/modelo: YAMAHA/T115 CRYPTON ED

Envolvimento: Condutor

Nome: WALIRSON WILLIAMS PEREIRA DA SILVA

CPF: 914.497.152-49

Data de nascimento: 25/02/1987

Estado civil:

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: NÃO APLICÁVEL

Usava capacete: Ignorado

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional

Categoria: AB

Data primeira habilitação: 22/12/2014

Nº Registro: 06267473668

UF: RR

Data de vencimento da habilitação: 17/02/2019

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 99

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: AV PARQUE IGARAPE, 00195 - CASA, NOVA CIDADE, SAO TOMAS DE AQUINO/MG

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JEAN JACKSON, matrícula 1985862, Policial Rodoviário Federal, em 13/06/2018, às 17:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034399B01 e o número de controle AAE7D09BBE5D325F2F2606788F28E6

17 DEZ. 2018

191



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito **Acidente nº 18034399B01**



PRF



Imagens Complementares

Informações Gerais



IMAGEM COMPLEMENTAR 01



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JEAN JACKSON, matrícula 1985862, Policial Rodoviário Federal, em 13/06/2018, às 17:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034399B01 e o número de controle AAE7D09BBE5D325F2F2606788F28E6



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18034399B01



PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / YAMAHA/T115 CRYPTON ED

Placa: NAQ8188

Nome do agente: JEAN JACKSON

Nº BOAT: 18034399B01

Matrícula do agente: 1985862

Data: 10/06/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

Total geral (SIM + NA): 0

Dimensão da monta: Pequena

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por JEAN JACKSON, matrícula 1985862, Policial Rodoviário Federal, em 13/06/2018, às 17:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034399B01 e o número de controle AAE7D09BBE5D325F2F2606788F28E6

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR

Nº 011598529948

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM
01 00344188778

R.N.T.R.C.

EXERCÍCIO
2018

NOME
FRANCINETE SAMPAIO MIRANDA

RR

CPE / CNPJ
001.861.482-84

PLACA

N40B189

PLACA ANT / UR

CHASSI

9C6KE1550C0000994

ESPÉCIE TIPO

PAS/NOTONETA/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

YAMAHA/TIIS CRYPTON ED

ANO FAB

ANO MOD

2011

2012

CAP / ROT / CIL

2P/0114CC

CATEGORIA

PARTICU

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

I *PAGOU

VENC. COTA ÚNICA

*PAGOU

VENC. / COTAS

1*****

P V** PAGO COTA LICENCIAMENTO / COTAS

2*****

A

3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

R\$ 101,00

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA DE DÚVIDA * FROIR SAIR DA A
MAZONIA 001-100344188778 *
Francisco Assis da Silveira
Diretor Presidente

BOA VISTA DETRAN/RR

DATA

15/02/2017

EXPEDIDOR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT			
RR Nº 011598529948		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
		2016	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatSEgurodotransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
		2016	15/02/2017
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
01	001.861.682-84	NAQB1B2	
RENAVAM	MARCA	MODELO	
00344266794	YAMAHA	T115 CRYPTON ED	
ANO FAB.	CAT. TARIF.	NR CHASSI	
2011		9C6KE1550C0000194	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	RENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$127,04	R\$14,34	R\$143,38	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	R\$1,10 (R\$)	TOTAL A SER PAGADO (R\$)	
		R\$272,72	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
☒ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO	13/02/2017	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.698/0001-04			
www.SeguradoraLider.com.br			

17 DEZ. 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francinete Sampaio Miranda,
RG nº 317624-0, data de expedição 30/04/2004,
Órgão SSP-MA, portador do CPF nº 003.963.682-84, com
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Palmas - Nova Cidade, nº 999,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Walison Williams Pereira cujo o condutor era
Walison Williams Pereira.

Veículo: MOTONETA

Modelo: YAMAHA/TJS CRYPTON

Ano: 2011-2012

Placa: NAQ 9388

Chassi: 4CGKE1550C0000994

Data do Acidente: _____

Local e Data: Boa Vista 12 Julho 2018

Francinete Sampaio Miranda
Assinatura do Declarante

Francinete Sampaio Miranda

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Alalide Teive, 4307 - Asa Branca - Boa Vista/RR
Fone: (93) 3627-4185
Zoficio@boavista.cartorioaquino.com.br

31176-5647847156937
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
1/ FRANCINETE SAMPAIO MIRANDA

Em testemunho da verdade, ACAP
Em 12 de julho de 2018, em Boa Vista/RR, 12 de julho de 2018.
Consulte o(s) seu(s) abaixo em portalstom.com.br
REC FIR 168296YQ9KJLJWDS3AG397

Emolumentos: R\$ 2,39 Fundos ISS: R\$ 0,60 Total: R\$ 2,99

Adriana Oliveira de Aquino
Escritor Autorizada

17 DEZ. 2018

 Késia Lima
Aux. Serv. de Saúde
Data: 10/11/88

Call no. 18106

Carimbo e Assinatura do Médico

17 DEZ. 2018

HOSPITAL
DE CLÍNICAS

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DR. WILSON FRANCO

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

Paciente: WARLISON WILLIAMS PEREIRA DA SILVA

Admissão: 10/06/2018

Alta: 22/06/18

Diagnóstico: TCE E TRAUMA EM FACE

Paciente masculino 31 anos foi admitido por traumatismo craniano e trauma de face por acidente automobilístico. Realizou procedimento pela bucomaxilo, recebeu suporte clínico e cefalotina por 7 dias, com evolução clínica satisfatória. Apresenta na saída escoriações em face porém com melhora em relação a entrada, ainda em recuperação. Paciente apresenta-se assintomático, estável clínica e hemodinâmica, eutímico em AA e com boa aceitação alimentar.

Ao exame: REG. LOTE, AAA, hidratado. FC: 97 bpm 75, PA: 120/60

ACV: RCR 2T BNF, sem sopros.

AR: MV+ S/RA. SAT O2: 96%

ABD: Flácido, depressível, inerte à palpação, sem VMG, RHA (+).

MM II: SEM EDEMA DE PANTUFURILHA, PULSOS FIRMES SIMÉTRICOS

NEUROLOGICO: Glasgow 15, sem sinais focais, pares íntegros.

Recebe alta com encaminhamento para ambulatório de bucomaxilo, encaminhamento para fonoaudiologia, prescrição de medicamentos e retorno em caso necessário.

Paciente necessita de mais sete dias de repouso domiciliar.

Boa vista, 22/06/2018

Dr. Raphael Brunelli
Médico
CRM 104.188

17 DEZ. 2018

1. NOME DO DOENTE	2. NOME DO ESTABELECIMENTO	3. DATA DO EXAME
Walterton Williams da Silva	HGR	25/02/2019
70 5802 463 58 0 036	HGR	
Walmery Pereira da Silva		
Un. Parque Guará 195, Maricá		
Gen. Costa		nn

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Lesão extensa de Lábio, língua e mucosa lateral de maxila e mandíbula

Chirurgia + Rx

Laço extenso de Bore

Hemostasia + sutura

Ricardo B. Farias

Dr. Ricardo B. Farias
Cirurgião Dentista
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRO 056 RR

1064

17 DEZ. 2018

0404020143 → K108



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

19/05/19

Data: _____ O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Laceração da Face Extrema +*
Colonektomus para P

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

T DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: *Ricardo* 1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____



RELATÓRIO CIRÚRGICO

Realizada a cirurgia
a porta de entrada
injeção de Limfoge com Linc. 100
hemostático - Abundante sangramento
de sangue
devido a morte
entre os planos e Vênula L.O
entre pele e apêndice S.O.

17 DEZ. 2018

Dr. Ricardo Brito Farias
Cirurgião Dentista
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRO 056 RR

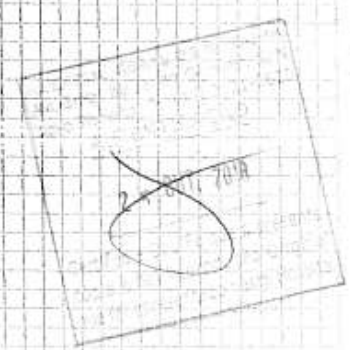
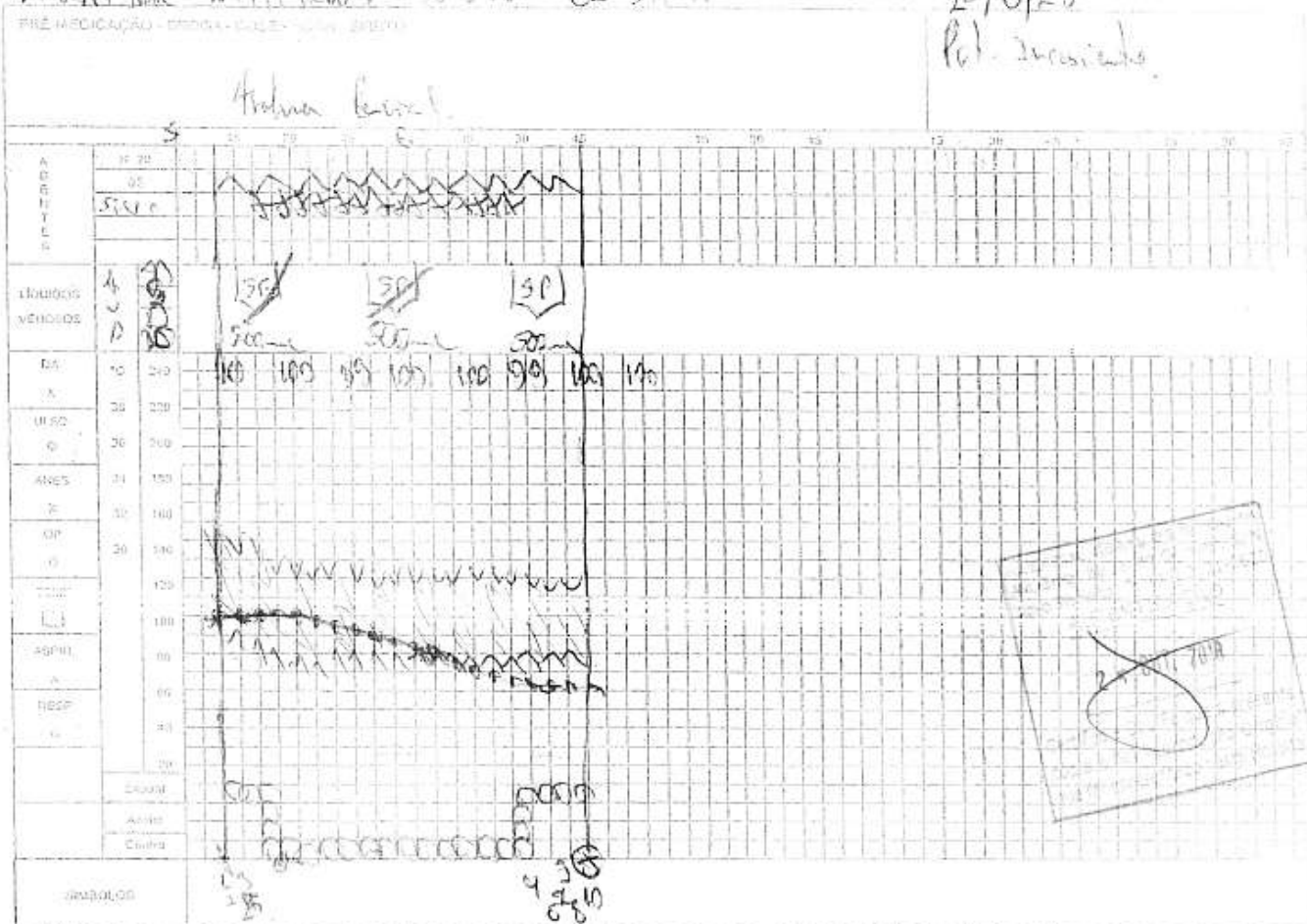


Pol. vida de 95 e pressão arterial
- Pol. insuflante.

FICHA DE ANESTESIA

Wagner William Pereira de S. 32a

10/6/18
Pol. insuflante.



AGENTES	ANESTESIA	ANESTESIA
1. Propofol 100	2. Fentanyl 150mcg	3. Rocuronio 50
4. Atropina 1mg	5. Sufentanil 100mcg	6. Alfentanil 100mcg
7. Midazolam 10mg	8. Fentanyl 100mcg	9. Rocuronio 50
10. Alfentanil 100mcg	11. Sufentanil 100mcg	12. Fentanyl 100mcg
13. Rocuronio 50	14. Alfentanil 100mcg	15. Sufentanil 100mcg
16. Fentanyl 100mcg	17. Rocuronio 50	18. Alfentanil 100mcg
19. Sufentanil 100mcg	20. Fentanyl 100mcg	21. Rocuronio 50
22. Alfentanil 100mcg	23. Sufentanil 100mcg	24. Fentanyl 100mcg
25. Rocuronio 50	26. Alfentanil 100mcg	27. Sufentanil 100mcg
28. Fentanyl 100mcg	29. Rocuronio 50	30. Alfentanil 100mcg
31. Sufentanil 100mcg	32. Fentanyl 100mcg	33. Rocuronio 50
34. Alfentanil 100mcg	35. Sufentanil 100mcg	36. Fentanyl 100mcg
37. Rocuronio 50	38. Alfentanil 100mcg	39. Sufentanil 100mcg
40. Fentanyl 100mcg	41. Rocuronio 50	42. Alfentanil 100mcg
43. Sufentanil 100mcg	44. Fentanyl 100mcg	45. Rocuronio 50
46. Alfentanil 100mcg	47. Sufentanil 100mcg	48. Fentanyl 100mcg
49. Rocuronio 50	50. Alfentanil 100mcg	51. Sufentanil 100mcg
52. Fentanyl 100mcg	53. Rocuronio 50	54. Alfentanil 100mcg
55. Sufentanil 100mcg	56. Fentanyl 100mcg	57. Rocuronio 50
58. Alfentanil 100mcg	59. Sufentanil 100mcg	60. Fentanyl 100mcg
61. Rocuronio 50	62. Alfentanil 100mcg	63. Sufentanil 100mcg
64. Fentanyl 100mcg	65. Rocuronio 50	66. Alfentanil 100mcg
67. Sufentanil 100mcg	68. Fentanyl 100mcg	69. Rocuronio 50
70. Alfentanil 100mcg	71. Sufentanil 100mcg	72. Fentanyl 100mcg
73. Rocuronio 50	74. Alfentanil 100mcg	75. Sufentanil 100mcg
76. Fentanyl 100mcg	77. Rocuronio 50	78. Alfentanil 100mcg
79. Sufentanil 100mcg	80. Fentanyl 100mcg	81. Rocuronio 50
82. Alfentanil 100mcg	83. Sufentanil 100mcg	84. Fentanyl 100mcg
85. Rocuronio 50	86. Alfentanil 100mcg	87. Sufentanil 100mcg
88. Fentanyl 100mcg	89. Rocuronio 50	90. Alfentanil 100mcg
91. Sufentanil 100mcg	92. Fentanyl 100mcg	93. Rocuronio 50
94. Alfentanil 100mcg	95. Sufentanil 100mcg	96. Fentanyl 100mcg
97. Rocuronio 50	98. Alfentanil 100mcg	99. Sufentanil 100mcg
100. Fentanyl 100mcg	101. Rocuronio 50	102. Alfentanil 100mcg
103. Sufentanil 100mcg	104. Fentanyl 100mcg	105. Rocuronio 50
106. Alfentanil 100mcg	107. Sufentanil 100mcg	108. Fentanyl 100mcg
109. Rocuronio 50	110. Alfentanil 100mcg	111. Sufentanil 100mcg
112. Fentanyl 100mcg	113. Rocuronio 50	114. Alfentanil 100mcg
115. Sufentanil 100mcg	116. Fentanyl 100mcg	117. Rocuronio 50
118. Alfentanil 100mcg	119. Sufentanil 100mcg	120. Fentanyl 100mcg
121. Rocuronio 50	122. Alfentanil 100mcg	123. Sufentanil 100mcg
124. Fentanyl 100mcg	125. Rocuronio 50	126. Alfentanil 100mcg
127. Sufentanil 100mcg	128. Fentanyl 100mcg	129. Rocuronio 50
130. Alfentanil 100mcg	131. Sufentanil 100mcg	132. Fentanyl 100mcg
133. Rocuronio 50	134. Alfentanil 100mcg	135. Sufentanil 100mcg
136. Fentanyl 100mcg	137. Rocuronio 50	138. Alfentanil 100mcg
139. Sufentanil 100mcg	140. Fentanyl 100mcg	141. Rocuronio 50
142. Alfentanil 100mcg	143. Sufentanil 100mcg	144. Fentanyl 100mcg
145. Rocuronio 50	146. Alfentanil 100mcg	147. Sufentanil 100mcg
148. Fentanyl 100mcg	149. Rocuronio 50	150. Alfentanil 100mcg
151. Sufentanil 100mcg	152. Fentanyl 100mcg	153. Rocuronio 50
154. Alfentanil 100mcg	155. Sufentanil 100mcg	156. Fentanyl 100mcg
157. Rocuronio 50	158. Alfentanil 100mcg	159. Sufentanil 100mcg
160. Fentanyl 100mcg	161. Rocuronio 50	162. Alfentanil 100mcg
163. Sufentanil 100mcg	164. Fentanyl 100mcg	165. Rocuronio 50
166. Alfentanil 100mcg	167. Sufentanil 100mcg	168. Fentanyl 100mcg
169. Rocuronio 50	170. Alfentanil 100mcg	171. Sufentanil 100mcg
172. Fentanyl 100mcg	173. Rocuronio 50	174. Alfentanil 100mcg
175. Sufentanil 100mcg	176. Fentanyl 100mcg	177. Rocuronio 50
178. Alfentanil 100mcg	179. Sufentanil 100mcg	180. Fentanyl 100mcg
181. Rocuronio 50	182. Alfentanil 100mcg	183. Sufentanil 100mcg
184. Fentanyl 100mcg	185. Rocuronio 50	186. Alfentanil 100mcg
187. Sufentanil 100mcg	188. Fentanyl 100mcg	189. Rocuronio 50
190. Alfentanil 100mcg	191. Sufentanil 100mcg	192. Fentanyl 100mcg
193. Rocuronio 50	194. Alfentanil 100mcg	195. Sufentanil 100mcg
196. Fentanyl 100mcg	197. Rocuronio 50	198. Alfentanil 100mcg
199. Sufentanil 100mcg	200. Fentanyl 100mcg	201. Rocuronio 50
202. Alfentanil 100mcg	203. Sufentanil 100mcg	204. Fentanyl 100mcg
205. Rocuronio 50	206. Alfentanil 100mcg	207. Sufentanil 100mcg
208. Fentanyl 100mcg	209. Rocuronio 50	210. Alfentanil 100mcg
211. Sufentanil 100mcg	212. Fentanyl 100mcg	213. Rocuronio 50
214. Alfentanil 100mcg	215. Sufentanil 100mcg	216. Fentanyl 100mcg
217. Rocuronio 50	218. Alfentanil 100mcg	219. Sufentanil 100mcg
220. Fentanyl 100mcg	221. Rocuronio 50	222. Alfentanil 100mcg
223. Sufentanil 100mcg	224. Fentanyl 100mcg	225. Rocuronio 50
226. Alfentanil 100mcg	227. Sufentanil 100mcg	228. Fentanyl 100mcg
229. Rocuronio 50	230. Alfentanil 100mcg	231. Sufentanil 100mcg
232. Fentanyl 100mcg	233. Rocuronio 50	234. Alfentanil 100mcg
235. Sufentanil 100mcg	236. Fentanyl 100mcg	237. Rocuronio 50
238. Alfentanil 100mcg	239. Sufentanil 100mcg	240. Fentanyl 100mcg
241. Rocuronio 50	242. Alfentanil 100mcg	243. Sufentanil 100mcg
244. Fentanyl 100mcg	245. Rocuronio 50	246. Alfentanil 100mcg
247. Sufentanil 100mcg	248. Fentanyl 100mcg	249. Rocuronio 50
250. Alfentanil 100mcg	251. Sufentanil 100mcg	252. Fentanyl 100mcg
253. Rocuronio 50	254. Alfentanil 100mcg	255. Sufentanil 100mcg
256. Fentanyl 100mcg	257. Rocuronio 50	258. Alfentanil 100mcg
259. Sufentanil 100mcg	260. Fentanyl 100mcg	261. Rocuronio 50
262. Alfentanil 100mcg	263. Sufentanil 100mcg	264. Fentanyl 100mcg
265. Rocuronio 50	266. Alfentanil 100mcg	267. Sufentanil 100mcg
268. Fentanyl 100mcg	269. Rocuronio 50	270. Alfentanil 100mcg
271. Sufentanil 100mcg	272. Fentanyl 100mcg	273. Rocuronio 50
274. Alfentanil 100mcg	275. Sufentanil 100mcg	276. Fentanyl 100mcg
277. Rocuronio 50	278. Alfentanil 100mcg	279. Sufentanil 100mcg
280. Fentanyl 100mcg	281. Rocuronio 50	282. Alfentanil 100mcg
283. Sufentanil 100mcg	284. Fentanyl 100mcg	285. Rocuronio 50
286. Alfentanil 100mcg	287. Sufentanil 100mcg	288. Fentanyl 100mcg
289. Rocuronio 50	290. Alfentanil 100mcg	291. Sufentanil 100mcg
292. Fentanyl 100mcg	293. Rocuronio 50	294. Alfentanil 100mcg
295. Sufentanil 100mcg	296. Fentanyl 100mcg	297. Rocuronio 50
298. Alfentanil 100mcg	299. Sufentanil 100mcg	300. Fentanyl 100mcg
301. Rocuronio 50	302. Alfentanil 100mcg	303. Sufentanil 100mcg
304. Fentanyl 100mcg	305. Rocuronio 50	306. Alfentanil 100mcg
307. Sufentanil 100mcg	308. Fentanyl 100mcg	309. Rocuronio 50
310. Alfentanil 100mcg	311. Sufentanil 100mcg	312. Fentanyl 100mcg
313. Rocuronio 50	314. Alfentanil 100mcg	315. Sufentanil 100mcg
316. Fentanyl 100mcg	317. Rocuronio 50	318. Alfentanil 100mcg
319. Sufentanil 100mcg	320. Fentanyl 100mcg	321. Rocuronio 50
322. Alfentanil 100mcg	323. Sufentanil 100mcg	324. Fentanyl 100mcg
325. Rocuronio 50	326. Alfentanil 100mcg	327. Sufentanil 100mcg
328. Fentanyl 100mcg	329. Rocuronio 50	330. Alfentanil 100mcg
331. Sufentanil 100mcg	332. Fentanyl 100mcg	333. Rocuronio 50
334. Alfentanil 100mcg	335. Sufentanil 100mcg	336. Fentanyl 100mcg
337. Rocuronio 50	338. Alfentanil 100mcg	339. Sufentanil 100mcg
340. Fentanyl 100mcg	341. Rocuronio 50	342. Alfentanil 100mcg
343. Sufentanil 100mcg	344. Fentanyl 100mcg	345. Rocuronio 50
346. Alfentanil 100mcg	347. Sufentanil 100mcg	348. Fentanyl 100mcg
349. Rocuronio 50	350. Alfentanil 100mcg	351. Sufentanil 100mcg
352. Fentanyl 100mcg	353. Rocuronio 50	354. Alfentanil 100mcg
355. Sufentanil 100mcg	356. Fentanyl 100mcg	357. Rocuronio 50
358. Alfentanil 100mcg	359. Sufentanil 100mcg	360. Fentanyl 100mcg
361. Rocuronio 50	362. Alfentanil 100mcg	363. Sufentanil 100mcg
364. Fentanyl 100mcg	365. Rocuronio 50	366. Alfentanil 100mcg
367. Sufentanil 100mcg	368. Fentanyl 100mcg	369. Rocuronio 50
370. Alfentanil 100mcg	371. Sufentanil 100mcg	372. Fentanyl 100mcg
373. Rocuronio 50	374. Alfentanil 100mcg	375. Sufentanil 100mcg
376. Fentanyl 100mcg	377. Rocuronio 50	378. Alfentanil 100mcg
379. Sufentanil 100mcg	380. Fentanyl 100mcg	381. Rocuronio 50
382. Alfentanil 100mcg	383. Sufentanil 100mcg	384. Fentanyl 100mcg
385. Rocuronio 50	386. Alfentanil 100mcg	387. Sufentanil 100mcg
388. Fentanyl 100mcg	389. Rocuronio 50	390. Alfentanil 100mcg
391. Sufentanil 100mcg	392. Fentanyl 100mcg	393. Rocuronio 50
394. Alfentanil 100mcg	395. Sufentanil 100mcg	396. Fentanyl 100mcg
397. Rocuronio 50	398. Alfentanil 100mcg	399. Sufentanil 100mcg
400. Fentanyl 100mcg	401. Rocuronio 50	402. Alfentanil 100mcg
403. Sufentanil 100mcg	404. Fentanyl 100mcg	405. Rocuronio 50
406. Alfentanil 100mcg	407. Sufentanil 100mcg	408. Fentanyl 100mcg
409. Rocuronio 50	410. Alfentanil 100mcg	411. Sufentanil 100mcg
412. Fentanyl 100mcg	413. Rocuronio 50	414. Alfentanil 100mcg
415. Sufentanil 100mcg	416. Fentanyl 100mcg	417. Rocuronio 50
418. Alfentanil 100mcg	419. Sufentanil 100mcg	420. Fentanyl 100mcg
421. Rocuronio 50	422. Alfentanil 100mcg	423. Sufentanil 100mcg
424. Fentanyl 100mcg	425. Rocuronio 50	426. Alfentanil 100mcg
427. Sufentanil 100mcg	428. Fentanyl 100mcg	429. Rocuronio 50
430. Alfentanil 100mcg	431. Sufentanil 100mcg	432. Fentanyl 100mcg
433. Rocuronio 50	434. Alfentanil 100mcg	435. Sufentanil 100mcg
436. Fentanyl 100mcg	437. Rocuronio 50	438. Alfentanil 100mcg
439. Sufentanil 100mcg	440. Fentanyl 100mcg	441. Rocuronio 50
442. Alfentanil 100mcg	443. Sufentanil 100mcg	444. Fentanyl 100mcg
445. Rocuronio 50	446. Alfentanil 100mcg	447. Sufentanil 100mcg
448. Fentanyl 100mcg	449. Rocuronio 50	450. Alfentanil 100mcg
451. Sufentanil 100mcg	452. Fentanyl 100mcg	453. Rocuronio 50
454. Alfentanil 100mcg	455. Sufentanil 100mcg	456. Fentanyl 100mcg
457. Rocuronio 50	458. Alfentanil 100mcg	459. Sufentanil 100mcg
460. Fentanyl 100mcg	461. Rocuronio 50	462. Alfentanil 100mcg
463. Sufentanil 100mcg	464. Fentanyl 100mcg	465. Rocuronio 50
466. Alfentanil 100mcg	467. Sufentanil 100mcg	468. Fentanyl 100mcg
469. Rocuronio 50	470. Alfentanil 100mcg	471. Sufentanil 100mcg
472. Fentanyl 100mcg	473. Rocuronio 50	474. Alfentanil 100mcg
475. Sufentanil 100mcg	476. Fentanyl 100mcg	477. Rocuronio 50
478. Alfentanil 100mcg	479. Sufentanil 100mcg	480. Fentanyl 100mcg
481. Rocuronio 50	482. Alfentanil 100mcg	483. Sufentanil 100mcg
484. Fentanyl 100mcg	485. Rocuronio 50	486. Alfentanil 100mcg
487. Sufentanil 100mcg	488. Fentanyl 100mcg	489. Rocuronio 50
490. Alfentanil 100mcg	491. Sufentanil 100mcg	492. Fentanyl 100mcg
493. Rocuronio 50	494. Alfentanil 100mcg	495. Sufentanil 100mcg
496. Fentanyl 100mcg	497. Rocuronio 50	498. Alfentanil 100mcg
499. Sufentanil 100mcg	500. Fentanyl 100mcg	501. Rocuronio 50
502. Alfentanil 100mcg	503. Sufentanil 100mcg	504. Fentanyl 100mcg
505. Rocuronio 50	506. Alfentanil 100mcg	507. Sufentanil 100mcg
508. Fentanyl 100mcg	509. Rocuronio 50	510. Alfentanil 100mcg
511. Sufentanil 100mcg	512. Fentanyl 100mcg	513. Rocuronio 50
514. Alfentanil 100mcg	515. Sufentanil 100mcg	516. Fentanyl 100mcg
517. Rocuronio 50	518. Alfentanil 100mcg	519. Sufentanil 100mcg
520. Fentanyl 100mcg	521. Rocuronio 50	522. Alfentanil 100mcg
523. Sufentanil 100mcg	524. Fentanyl 100mcg	525. Rocuronio 50
526. Alfentanil 100mcg	527. Sufentanil 100mcg	528. Fentanyl 100mcg
529. Rocuronio 50	530. Alfentanil 100mcg	531. Sufentanil 100mcg
532. Fentanyl 100mcg	533. Rocuronio 50	534. Alfentanil 100mcg
535. Sufentanil 100mcg	536. Fentanyl 100mcg	537. Rocuronio 50
538. Alfentanil 100mcg	539. Sufentanil 100mcg	540. Fentanyl 100mcg
541. Rocuronio 50	542. Alfentanil 100mcg	543. Sufentanil 100mcg
544. Fentanyl 100mcg	545. Rocuronio 50	546. Alfentanil 100mcg
547. Sufentanil 100mcg	548. Fentanyl 100mcg	549. Rocuronio 50



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	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		05:30	11:36		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:			
		RES. ANESTESIA:			
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
11	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.0		7	FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURINº			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	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS:	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
			SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

17 DEZ. 2018

TRANSOPERATÓRIO				SRPA	
Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada
05:02	05:30	05:10	06:30		
Cirurgia Realizada		Anestesia	Posição: <u>Prone</u>		
Hidratação Infundida		Antibiótico Terapêutico	Hemodinâmicos		
SF a 0,9%:		Nome: <u>cefazolin</u>			
SG a 10%:		Dose: <u>250</u>	Plasma:		
Outros:			Plaquetas:		
Nº de compressas oferecidas:		<u>03</u>	Anatomia Pat: <u>ilic</u>		
Nº de compressas recolhidas:		<u>03</u>	() Não		
Sinais Vitais:			() Sim		
T °C	P bpm		Nº pegs:		
SAT %	R rpm		() Cultura		
PC bpm	PA mmHg		() Outros:		
Exames na S.O.: () Ht () Hb () Hemograma () Rolo X () Outros:					
Legenda 1. Eletrodo 2. Oxímetro 3. PVC 4. Placa da Blunt 5. Indução 6. Cateter 7. Venoclise 8. Dreno 9. SNG 10. Placa de Smarch 11. Outros:					
Estado Emocional/ Mental		Choroso		Exaltado	
Cirurgia Proposta: <u>Tumor de cabeça</u>		Cirurgia Realizada: <u>Tumor de cabeça</u>		Cirurgia Realizada: <u>Tumor de cabeça</u>	
Sinais Vitais:		Sinais Vitais:		Sinais Vitais:	
T °C		T °C		T °C	
P bpm		P bpm		P bpm	
SAT %		SAT %		SAT %	
PC bpm		PC bpm		PC bpm	
PA mmHg		PA mmHg		PA mmHg	
Estado Emocional/ Mental		Estado Emocional/ Mental		Estado Emocional/ Mental	
Choroso		Choroso		Choroso	
Exaltado		Exaltado		Exaltado	
Cirurgia Proposta: <u>Tumor de cabeça</u>		Cirurgia Realizada: <u>Tumor de cabeça</u>		Cirurgia Realizada: <u>Tumor de cabeça</u>	
Sinais Vitais:		Sinais Vitais:		Sinais Vitais:	
T °C		T °C		T °C	
P bpm		P bpm		P bpm	
SAT %		SAT %		SAT %	
PC bpm		PC bpm		PC bpm	
PA mmHg		PA mmHg		PA mmHg	
Estado Emocional/ Mental		Estado Emocional/ Mental		Estado Emocional/ Mental	
Choroso		Choroso		Choroso	
Exaltado		Exaltado		Exaltado	
Cirurgia Proposta: <u>Tumor de cabeça</u>		Cirurgia Realizada: <u>Tumor de cabeça</u>		Cirurgia Realizada: <u>Tumor de cabeça</u>	
Sinais Vitais:		Sinais Vitais:		Sinais Vitais:	
T °C		T °C		T °C	
P bpm		P bpm		P bpm	
SAT %		SAT %		SAT %	
PC bpm		PC bpm		PC bpm	
PA mmHg		PA mmHg		PA mmHg	
Estado Emocional/ Mental		Estado Emocional/ Mental		Estado Emocional/ Mental	
Choroso		Choroso		Choroso	
Exaltado		Exaltado		Exaltado	
Cirurgia Proposta: <u>Tumor de cabeça</u>		Cirurgia Realizada: <u>Tumor de cabeça</u>		Cirurgia Realizada: <u>Tumor de cabeça</u>	
Sinais Vitais:		Sinais Vitais:		Sinais Vitais:	
T °C		T °C		T °C	
P bpm		P bpm		P bpm	
SAT %		SAT %		SAT %	
PC bpm		PC bpm		PC bpm	
PA mmHg		PA mmHg		PA mmHg	
Estado Emocional/ Mental		Estado Emocional/ Mental		Estado Emocional/ Mental	
Choroso		Choroso		Choroso	
Exaltado		Exaltado		Exaltado	
Cirurgia Proposta: <u>Tumor de cabeça</u>		Cirurgia Realizada: <u>Tumor de cabeça</u>		Cirurgia Realizada: <u>Tumor de cabeça</u>	
Sinais Vitais:		Sinais Vitais:		Sinais Vitais:	
T °C		T °C		T °C	
P bpm		P bpm		P bpm	
SAT %		SAT %		SAT %	
PC bpm		PC bpm		PC bpm	
PA mmHg		PA mmHg		PA mmHg	
Estado Emocional/ Mental		Estado Emocional/ Mental		Estado Emocional/ Mental	
Choroso		Choroso		Choroso	
Exaltado		Exaltado		Exaltado	
Cirurgia Proposta: <u>Tumor de cabeça</u>		Cirurgia Realizada: <u>Tumor de cabeça</u>		Cirurgia Realizada: <u>Tumor de cabeça</u>	
Sinais Vitais:		Sinais Vitais:		Sinais Vitais:	
T °C		T °C		T °C	
P bpm		P bpm		P bpm	
SAT %		SAT %		SAT %	
PC bpm		PC bpm		PC bpm	
PA mmHg		PA mmHg		PA mmHg	
Estado Emocional/ Mental		Estado Emocional/ Mental		Estado Emocional/ Mental	
Choroso		Choroso		Choroso	
Exaltado		Exaltado		Exaltado	
Cirurgia Proposta: <u>Tumor de cabeça</u>		Cirurgia Realizada: <u>Tumor de cabeça</u>		Cirurgia Realizada: <u>Tumor de cabeça</u>	
Sinais Vitais:		Sinais Vitais:		Sinais Vitais:	
T °C		T °C		T °C	
P bpm		P bpm		P bpm	
SAT %		SAT %			

PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

GRANDE TRAUMA / PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELSEBÃO		
NOME DO PACIENTE: WAKLISON WILLIAMS PEREIRA DA SILVA		
HD: TCE? + TRAUMA DE FACE		
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
13/06/18	1. Dieta zero.	
	2. SF 0,9% 500 ml IV - ACM	
	3. SF 0,9% 480 ml + GH 50% 20 ml IV 4/4h	
D3	4. Cefalotina 1g IV 6/6h (Início em 10/06)	
	5. Noradrenalina 4amp + SF0,9%100ml IV BIC. Bureta - ACM	ACM
	6. Gluc. Cálcio 10%, 30 ml + SG 5% 50ml IV - Correr em 30 min - AGORA	ACM
	7. KCl 10% 40 ml + SF 0,9% 250 ML IV em 4h	ACM
	8. Dipirona 1g IV 4/4h - FIXO	12 16 20 24 04
	9. Morfina 10 mg + AD 9 ml IV - Fazer 5 ml 4/4h - FIXO (5ml) 10 14 18 22 02 06	
	10. Ondansetrona 8mg IV 8/8h - SN	
	11. CURVA GLICÊMICA 6/6h	
	12. INSULINA REGULAR, CONFORME ESQUEMA AO LADO	
	13. ANOTAR DIURESE RIGOROSAMENTE	
	14. Hipromelose 01 gota em cada olho de 4/4hs	
	15. Peritogard - Higienização oral 8/8h	
	16. Cabeceira elevada 45°	
	17. Mudança de decúbito 3/3h	
	18. FST Respiratória e Motora	
	19. Banho diário	
	20. Cuidados Intensivos	

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

REGISTRO DE ENFERMAGEM				
SINAIS VITAIS				
Horário	06h	11h	17h	23h
Evacuação				
Dextro	105	132	124	145
Insulina Regular				
Glicose Hipertônica				

17 DEZ. 2018

PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

GRANDE TRAUMA / PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELLESBÃO			
NOME DO PACIENTE: WARLISON WILLIAMS PEREIRA DA SILVA			
HD: TCE? + TRAUMA DE FACE			
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
14/06/18	1. Dieta ZERO	5:15	
	2. SF 0,9% 500 ml IV - ACM		
	3. SF 0,9% 480 ml + GH 50% 20 ml IV 4/4h		
D4	4. Cefalotina 1g IV 6/6h (Início em 10/06)	12h 18h 24h 06h	
	5. Midazolam 02 amp. + SG 5% 100 ml EV BIC - ACM	ACM	
	6. Noradrenalina 4amp + SF 0,9% 100ml IV BIC/Bureta - ACM	ACM	
	7. Ghe. Cálcio 10% 30 ml + SG 5% 50ml IV - Correr em 30 min - AGORA	ACM	
	8. KCl 10% 40 ml + SF 0,9% 250 ML IV em 4h	ACM	
	9. Dipirona 1g IV 4/4h - FIXO	12h 16h 20h 24h 04h	
	10. Ondansetrona 8mg IV 8/8h - SN		
D3	11. Morfina 10 mg + AD 9 ml IV - Fazer 5 ml 3/3h - FIXO	10h 16h 19h 22h 01h 04h 07h	
	12. CURVA GLICÊMICA 6/6h		
	13. INSULINA REGULAR, CONFORME ESCHEMA AO LADO		
	14. ANOTAR DIURESE RIGOROSAMENTE.		
	15. Hipromelose 01 gota em cada olho de 4/4hs		
	16. Peritgard - Higienização oral 8/8h		
	17. Cabeceira elevada 45°		
	18. Mudança de decúbito 3/3h		
	19. FST Respiratória e Motora		
	20. Banho diário		
	21. Cuidados Intensivos		

PA - 131 x 75
FC - 75
FR - 15
Diurese 326 mg l/dl
Curva - 300 ml

ESCORE SOFA: 3 pts (MORTALIDADE <10%)	
ESQUEMA DE INSULINA REGULAR	
Até 200: 0	301 - 350: 06 UI
201 - 250: 02 UI	351 - 400: 08 UI
251 - 300: 04 UI	> 401: 10 UI
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL.	

17 DEZ. 2018

REGISTRO DE ENFERMAGEM				
SINAIS VITAIS				
Horário	06h	11h	17h	23h
Evacuação				
Dextro	114	115	139	
Insulina				
Regular				
Glicose				
Hipertônica				

shubs Realizado banho no leito, hipotensão, diurese, melhora no estado geral, melhora na ingestão.

17/12/18
Fórmula Conceição Sampaio
Lec. de Enfermagem
COREN-PR 1.247.423

Prescritor: [Assinatura]
Enfermeiro: [Assinatura]

PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

GRANDE TIRAMA / PRONTO SOCÓRIO FRANCISCO ELESBÃO			
NOME DO PACIENTE: WARLISON WILLIAMS PEREIRA DA SILVA			
HD: TCE + TRAUMA DE FACE			
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
15/06/18	1. Dieta ZERO		
	2. SF 0,9% 500 ml EV - ACM		
	3. SF 0,9% 480 ml + GH 50% 20 ml EV 4/4h		
D5	4. Cefalotina 1g EV 6/6h (Início em 10/06)		
	5. Midazolam 02 amp. + SG 5% 100 ml EV - BIC - ACM		
	6. Noradrenalina 4amp + SF 0,9% 100ml EV BIC/Bueta - ACM		
	7. Gluc. Cálcio 10% 30 ml + SG 5% 50ml EV - Correr em 30 min. - ACM		
	8. KCl 10% 40 ml + SF 0,9% 250 ML EV em 4h - ACM		
	9. Dipirona 1g EV 4/4h - FIXO		
	10. Ondansetrona 8mg EV 8/8h - CONTÍNUO		
	11. Metoclopramida 10 mg EV 8/8h SN		
	12. Morfina 10 mg + AD 9 ml IV - Fazer 5 ml 4/4h - SE DOR		
	13. CURVA GLICÊMICA 6/6h		
	14. INSULINA REGULAR, CONFORME ESQUEMA AO LADO		
	15. ANOTAR DIURESE RIGOROSAMENTE		
	16. Hipromelose 01 gota em cada olho de 4/4hs		
	17. Peritgard - Higienização oral 8/8h		
	18. Cabeceira elevada 45°		
	19. Mudança de decúbito 3/3h		
	20. FST Respiratória e Motora		
	21. Banho diário		
	22. Cuidados Intenivos		

Dr. Paulo Roberto Araújo
CRM 135.144-3
009. Marcelle Moraes
CRM 135.187-6

ESCORE SC.FA: 4 pts (MORTALIDADE <10%)	
ESQUEMA DE INSULINA REGULAR	
Até 200: 0	301 - 350: 06 UI
201 - 250: 02 UI	351 - 400: 08 UI
251 - 300: 04 UI	> 401: 10 UI
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL.	

REGISTRO DE ENFERMAGEM				
SINAIS VITAIS				
Horário	06h	11h	17h	23h
Evacuação				
Dextro	112	113	122	110 mg/dL
Insulina Regular				
Glicose Hipertônica				

17 DEZ. 2018

PREScrição Médica Diária

CORROR FRANCISCO ELIAS BÃO			
NOME DO PACIENTE: WARLISON WILLIAMS PEREIRA DA SILVA			
ID: TCE + TRAUMA DE FACE			
DATA/HORA	PREScrição	HORÁRIO	
16/06/18	1. Dieta líquida de prova	5h	
	2. SF 0,9% 500 ml EV - ACM	5h	
	3. SF 0,9% 480 ml + GH 50% 20 ml EV 4/4h	5h	
D6	4. Cefalotina 1g EV 6/6h (Início em 10/06)	12h, 18h, 24h, 06h	
	5. Noradrenalina 4amp + SF 0,9% 100ml EV BIC/Bureta - ACM	ACM	
	6. Gluc Cálcio 10% 30 ml + SG 5% 50ml EV - Correr em 30 min - ACM	ACM	
	7. KCl 10% 40 ml + SF 0,9% 250 ML EV em 4h - ACM	ACM	
	8. Dipirona 1g EV 4/4h - FIXO	12h, 16h, 20h, 24h, 04h	
	9. Ondansetrona 8mg EV 8/8h - CONTÍNUO	12h, 18h, 02h	
	10. Metoclopramida 10 mg EV 8/8h SN	5h	
	11. Morfina 10 mg + AD 9 ml IV - Fazer 5 ml 4/4h - SE DOR	5h	
	12. CURVA GLICÊMICA 6/6h	12h, 18h, 24h, 06h	
	13. INSULINA REGULAR, CONFORME ESQUEMA AO LADO	5h	
	14. ANOTAR DIURESE RIGOROSAMENTE	5h	
C/P	15. Hipromelose 01 gota em cada olho de 4/4hs	5h, 12h, 18h, 24h, 06h	
	16. Perigard - Higienização oral 8/8h	5h, 12h, 18h, 24h, 06h	
	17. Cabeceira elevada 45°	5h	
	18. Mudança de decúbito 3/5h	5h	
	19. FST Respiratória e Motora	5h	
	20. Banho diário	5h	
	21. Cuidados Intensivos	5h	
	22. Avaliação da Fonaudiologia	5h	

Dr. Danielle Costa
Médica de Trauma
CRM: 15900

Ata de exame físico realizado em 16/06/18
Paciente em boas condições
Paciente em boas condições
Paciente em boas condições

ESCORE SOFA: 4 pts (MORTALIDADE <10%)	
ESQUEMA DE INSULINA REGULAR	
Até 200: 0	301 - 350: 06 UI
201 - 250: 02 UI	351 - 400: 08 UI
251 - 300: 04 UI	> 401: 10 UI
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL.	

REGISTRO DE ENFERMAGEM				
SINAIS VITAIS				
Horário	06h	11h	17h	23h
Evacuação				
Dextro	50 mg	99 mg	144 mg	84 mg
Insulina Regular				
Glicose Hipertônica				

10h PA = 117/70 (83)
FC = 77
FR = 14
Diurese: 400ml

12h PA = 117/70 (83)
FC = 77
FR = 14
Diurese: 400ml

14h PA = 117/70 (83)
FC = 77
FR = 14
Diurese: 400ml

16h PA = 117/70 (83)
FC = 77
FR = 14
Diurese: 400ml

18h PA = 117/70 (83)
FC = 77
FR = 14
Diurese: 400ml

20h PA = 117/70 (83)
FC = 77
FR = 14
Diurese: 400ml

22h PA = 117/70 (83)
FC = 77
FR = 14
Diurese: 400ml

24h PA = 117/70 (83)
FC = 77
FR = 14
Diurese: 400ml

06h PA = 117/70 (83)
FC = 77
FR = 14
Diurese: 400ml

08h PA = 117/70 (83)
FC = 77
FR = 14
Diurese: 400ml

10h PA = 117/70 (83)
FC = 77
FR = 14
Diurese: 400ml

12h PA = 117/70 (83)
FC = 77
FR = 14
Diurese: 400ml

14h PA = 117/70 (83)
FC = 77
FR = 14
Diurese: 400ml

16h PA = 117/70 (83)
FC = 77
FR = 14
Diurese: 400ml

18h PA = 117/70 (83)
FC = 77
FR = 14
Diurese: 400ml

20h PA = 117/70 (83)
FC = 77
FR = 14
Diurese: 400ml

22h PA = 117/70 (83)
FC = 77
FR = 14
Diurese: 400ml

24h PA = 117/70 (83)
FC = 77
FR = 14
Diurese: 400ml

17 DEZ. 2018

PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

GRANDE TRAUMA / PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELIASBÃO		
NOME DO PACIENTE: WARLISON WILLIAMS PEREIRA DA SILVA		
HD: TCE + TRAUMA DE FACE		
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
17/06/18	1. Dieta oral líquida	
D7	2. Água filtrada VO conforme demanda	
	3. Cefalotina 1g EV 6/6h (Início em 10/06)	12h 18h 24h 06
	4. Gluc. Cálcio 10% 30 ml + SG 5% 50ml EV - Correr em 30 min - ACM	ACM
	5. KCl 10% 40 ml + SF 0,9% 250 ML EV em 4h - ACM	
	6. Dipirona 1g EV 4/4h - FIXO	12h 16h 20h 24h 04
	7. Ondansetrona 8mg EV 8/8h - SN	ACM
	8. Metoclopramida 10 mg EV 8/8h SN	
	9. Morfina 10 mg + AD 9 ml IV - Fazer 5 ml 4/4h - SE DOR	
	10. CURVA GLICÊMICA 6/6h	12h 18h 24h 06
	11. INSULINA REGULAR, CONFORME ESQUEMA AO LADO	
	12. ANOTAR DIURESE RIGOROSAMENTE	
	13. Peritogard - Higienização oral 8/8h (com paciente)	
	14. Escovação após a dieta	
	15. Cabeceira elevada 30°	
	16. FST Motora	
	17. Banho diário	
	18. Curativo diário em face e MMSS	
	19. Cuidados Intensivos	
	20. Avaliação da Fonoaudiologia	
	21. TRANSFERIR AO BLOCO SE VAGA	

ESCORE SOFA: 4 pts (MORTALIDADE <10%)	
ESQUEMA DE INSULINA REGULAR	
Até 200: 0	301 - 350: 06 UI
201 - 250: 02 UI	351 - 400: 08 UI
251 - 300: 04 UI	> 401: 10 UI
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL	

REGISTRO DE ENFERMAGEM				
SINAIS VITAIS				
Horário	06h	11h	17h	23h
Evacuação				
Dextro			92	113
Insulina Regular				
Glicose Hipertônica				

Reduzido bolo no Dextro
Receita de insulina regular

PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

GRANDE TRAUMA / PRONTO SOCORRO FRANCISCO DE ASSIS

NOME DO PACIENTE: WAILSON WILLIAMS PEREIRA DA SILVA

HID: TCE + TRAUMA DE FACE

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
18/06/18	1. Dieta oral líquida	SN
	2. Água filtrada VO conforme demanda	Alencar
	3. SF 0,9% 500 ml EV 8/8h	14-22-06
	4. Dipirona 1g EV 6/6h - FIXO	12 16 20 24 04
	5. Plasil 10 mg EV 8/8h - SN	SN
	6. Morfina 10 mg + AD 9 ml IV - Fazer 5 ml 4/4h - SE DOR	SN
	7. CURVA GLICÊMICA 6/6h	Quadrado
	8. INSULINA REGULAR, CONFORME ESQUEMA AO LADO	SN
	9. ANOTAR DIURESE RIGOROSAMENTE	Anotar
	10. Perigard - Higienização oral 8/8h (com paciente)	M-R-N
	11. Cabeceira elevada 30°	Alencar
	12. Banho diário	Realizar
	13. Curativo diário em face e MMSS	Realizar
	14. Cuidados Intensivo	Rotina
	15. AVALIAÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA	comunicado
	16. TRANSFERIR AO BLOCO SE VAGA	se vaga

17. Análises Bioq. Vozes
comunicado
analisado!

18. Exg. clonagem de SVD.

19. 1/1

Dr. Patrick Araújo
Clínica Médica/Trauma

ESCORE SOFA: 4 pts (MORTALIDADE <10%)		
ESQUEMA DE INSULINA REGULAR		
Até 200: 0	301 - 350: 06 UI	
201 - 250: 02 UI	351 - 400: 08 UI	
251 - 300: 04 UI	>401: 10 UI	
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL		

REGISTRO DE ENFERMAGEM				
SINAIS VITAIS				
Horário	06h	11h	17h	23h
Evacuação				
Dextro		126	113	
Insulina Regular				
Glicose Hipertônica				

As 08:45 foi realizada a anal
de exames com fígado
oral, paciente requerido.

Josely Góes da Silva
Técnica de Enfermagem
CRP-PR 16.016

17 DEZ. 2018



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Robinson Williams Pereira da Silva CPF nº _____

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, 18 de junho de 2018.

Assinatura do paciente: Robinson Williams Pereira da Silva

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador



17 DEZ. 2018



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:
914.497.152-49 Walmison Williams Pereira da Silva

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

Nome completo: Walmison Williams Pereira da Silva CPF: 914.497.152-49
Profissão: Garçon Endereço: Rua Palmas Número: 999 Complemento:
Bairro: Nova Cidade Cidade: Boa Vista Estado: RJ CEP: 69.816-256
E-mail: walmison@hotmail.com Tel. (DDD): (95) 98125-9538

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

REDA MENSAL:

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

AGÊNCIA: 2905 CONTA: 13532 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Boa Vista - RJ 17/12/2018
Nome: Walmison Williams Pereira da Silva
CPF: 914.497.152-49

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Walmison Williams Pereira da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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.

17 DEZ. 2018



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 0221206 (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

914.497.152-49

Nome completo da vítima

Walison Williams Pereira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Walison Williams Pereira da Silva		CPF titular da conta 914.497.152-49	Profissão
Endereço Rua: Palmas		Número 999	Complemento
Bairro Nova Cidade	Cidade Boa Vista	Estado RR	CEP 69.316-256
Email loloirrr@hotmail.com			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)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(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.

Local e Data

Walison Williams Pereira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 0221204 ou 0800 0221206 (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

Walisson Williams Pereira da Silva

CPF da Vítima

919.997.152-49

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

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 de 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.

_____, _____ de _____ de _____
Local e Data

Walisson Williams Pereira da Silva

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 Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180595264

Vítima: WALIRSON WILLIAMS PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 10/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), WALIRSON WILLIAMS PEREIRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Carta nº 13783413

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 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-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 bço					

DrCalc / EasyCalc- Cálculos financeiros e judiciais pela web

<http://drcalc.net/correcao2.asp?descricao=&valor=6.750%2C0...>



Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo		
Descrição do cálculo		
Valor Nominal	R\$ 6.750,00	
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.	
Período da correção	10/6/2018 a 1/2/2019	
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos	
Período dos juros	10/6/2018 a 20/2/2019	

Dados calculados		
Fator de correção do período	236 dias	1,025706
Percentual correspondente	236 dias	2,570607 %
Valor corrigido para 1/2/2019	(=)	R\$ 6.923,52
Juros(255 dias-8,82575%)	(+)	R\$ 611,05
Sub Total	(=)	R\$ 7.534,57
Valor total	(=)	R\$ 7.534,57

Retornar Imprimir