

Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, JOSE ROBERTO FERREIRA DOS SANTOS PROFISSÃO: PEDREIRO
ESTADO CIVIL: solteiro, FONE: 99167-0295,
E-MAIL: JOSEROBERTO FERREIRA DOS SANTOS@gmail.com RG: 175943
SSP- RR e CPF: 646.334.972-00, RESIDENTE À
RUA: ROMENIA N° 49,
BAIRRO: CAVAME 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, 18 de 02 de 2019.

Jose Roberto Ferreira dos Santos

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: JOSE ROBERTO FERREIRA DOS SANTOS
ESTADO CIVIL: solteiro PROFISSÃO: PEDEIREIRO
RG N° 175943 SSP/RR CPF: 646.334.972-00
ENDEREÇO: RUA ROMENIA Nº 49 BAIRRO: CAUAME

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, 18 de Setembro de 2019.

Jose Roberto Ferreira dos Santos

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



Polegar Direito



Jose Roberto Ferreira dos Santos

ASSISTENTE DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL 175943

DATA DE EMISSÃO 29/01/2017

IDENTIFICADO

JOSE ROBERTO FERREIRA DOS SANTOS

RAIMUNDO FERREIRA DOS SANTOS

DAMIANA EMILIA DA MOTA

IDENTIFICADO

ALENQUER - PA

DATA DE EMISSÃO 17/01/1977

CERTID MASC 4796 FLS 416 LIV A11

ALENQUER-PA

646.334.972-00

2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI

DELEGADO DE POLÍCIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

22 JAN. 2019

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.
Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.
Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.
Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" corram para o agravamento de sua lesão.
Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.
Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.
As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las.
Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.
Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.
Converse e discussão no trabalho predisponem a acidentes pela desatenção.
Leia e refleta sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.
Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.
Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.
Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.
Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.
Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 034506

Série 00001-RR



José Roberto Ferreira dos Santos
ASSINATURA DO PORTADOR



12 CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
.....
CGC/MF
Rua Nº
Município Est.
Esp. do estabelecimento.....
Cargo
..... CBO nº
Data admissão de 19
Registro nº Fls./Ficha.....
Remuneração especificada.....
.....
.....
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º 2º
Data saída de de 19
.....
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º 2º
Com. Dispensa CD Nº.....

13 CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
.....
CGC/MF
Rua Nº
Município Est.
Esp. do estabelecimento.....
Cargo
..... CBO nº
Data admissão de 19
Registro nº Fls./Ficha.....
Remuneração especificada.....
.....
.....
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º 2º
Data saída de de 19
.....
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º 2º
Com. Dispensa CD Nº.....



corrente.
5076-8

1877-5

Para contato com a Eletrobrás, informe este NÚMERO: **SEU CÓDIGO 0072923-0**

001280583

AGOSTO/2018 06/09/2018 89 75,88

IGOR CASTELO BRANCO DOS REIS
R. ROMENIA 49 CAUAME
CPF: 00096240652253
CEP: 69.311-124 - BOA VISTA

ROT: 11.001.18.02.120500

Consumo	25903	20/08/2018
Consumo	25814	18/07/2018
Consumo	1,000	18/09/2018
Consumo	89	17/08/2018
Consumo	89	20/08/2018

NORMAL 33

RESIDENCIAL MONO 2702224 0 1513925 1.1.1.1 44

JUL/18	0	CONSUMO	29 A R\$ 0,557486 =	49,61
JUN/18	0	CORRECAO MONETARIA DA 03/18-00		0,16
MAI/18	0	CORRECAO MONETARIA IG 03/18-00		1,63
ABR/18	113	MULTA POR ATRASO DE I 03/18-00		1,71
MAR/18	107	JUROS DE MORA POR ATR 03/18-00		0,65
FEV/18	59	MULTA POR ATRASO 03/18-00		1,23
JAN/18	2	JUROS DE MORA DE INPO 03/18-00		2,14
DEZ/17	171	ILUMINACAO PUBLICA		18,75
NOV/17	0			
OUT/17	0			

TELEFONIA REMUNERATORIA
0 R\$ 00 - 0,000000

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumida sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica e a partir de 04/04/2010, em função das contas reavaliadas nesta fatura, o não pagamento poderá gerar, também, a inclusão do nome do consumidor no CADINRA. Informamos ainda existirem, em outras unidades, a reavaliada(s) no valor de R\$ 0,01 (01) maior histórico. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANCA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

9DA7.C33B.940C.DE7S.50C1.4A37.33DA.7CAD		
	15,26	49,61
	24,39	17,00%
	0,00	8,43
	1,01	0,09
	8,95	0,43

8,85 17,70 35,40 8,40 16,92 33,84 4,82
0,00 0,00 0,00
FLORESTA 06/2018 6,67



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/BIBLIOTECASWEB/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 Abner Inácio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Roberto Ferreira dos Santos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 646.334.972 / 00, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
José Roberto Ferreira dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 646.334.972 / 00, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua: Antônio P. Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Beutis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-200</u>
Email <u>IL01RRR@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>(95)99154-4282</u>

Boa Vista-RR, 22 de fevereiro de 2019

Local e Data

Assinatura do Declarante

22 JAN. 2019

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Jose Roberto Ferreira dos Santos
NACIONALIDADE:	brasileira
PROFISSÃO:	Pedreiro
IDENTIDADE:	175943 SSP/PA
ENDEREÇO:	Rua Romelia, 49, Cauame

OUTORGADO

NOME:	Ilauri Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua Antonio Pinheiro Galvão, 4832, Curitiba

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



Boa Vista-RR, 04/09/2018

LOCAL E DATA

Jose Roberto Ferreira dos Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento. Dou fé.



CARTÓRIO LOUREIRO	DR. JOZIEL LOUREIRO TABELÃO E REGISTRADOR
AV. VILLE ROY, Nº 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR	
REC. VERDADEIRA a(s) assinatura(s)	
[14062701]-JOSE ROBERTO FERREIRA DOS SANTOS	
KVS. Em testemunho, da verdade. Boa Vista, 04/09/2018	
Emol: 2,40, FUNDEJURR: 0,24, FISC: 0,12, FECON: 0,12, ISS: 0,12	
Selo: REC FIR 158345R2QVZGAYWMSKG907	
Consulte seu selo: https://cidadao.portalselorr.com.br	
CPF Solicitante: 64633497200	

Escritório Autorizado
Cartório Loureiro

22 JAN. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033334/2018-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/01/2019 13:03 Data/Hora Fim: 09/01/2019 13:15
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 20/08/2018
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 20/08/2018 23:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RR- 205 Estrada Alto Alegre

Bairro: Zona Rural

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ ROBERTO FERREIRA DOS SANTOS (VÍTIMA (AUSENTE), COMUNICANTE (AUSENTE), ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PA - Alenquer Sexo: Masculino Nasc: 17/01/1977
Profissão: Pedreiro Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Sem Informação
Nome da Mãe: Damiana Emília da Mota Nome do Pai: Raimundo Ferreira dos Santos

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 175943
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 646.334.972-00

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Romenia Nº: 49
Bairro: Cauamé
Telefone: (95) 99167-0295 (Celular)

Nome Civil: FRANK LAURO CASTELO BRANCO DOS REIS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino
Profissão: Eletricista
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Nubia Castelo Branco dos Reis

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Romenia Nº: 49
Bairro: cauamé

22 JAN. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033334/2018-A02

Telefone: (95) 9911-8741 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 646.334.972-00	Placa NAZ0567
Renavam 01128225465	Número do Motor KD10E0H017433
Número do Chassi 9C2KD1000HR017353	Ano/Modelo Fabricação 2017/2017
Cor BRANCA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR 160 BROS
Modelo HONDA/NXR 160 BROS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 12/09/2017	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
José Roberto Ferreira dos Santos	Proprietário

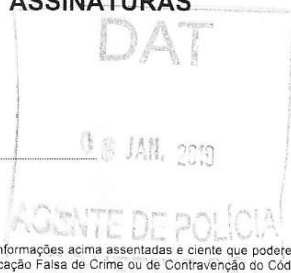
RELATO/HISTÓRICO

Senhor delegado, o comunicante acima qualificado esteve nesta Unidade Policial, para informar que Padrao o Senhor José Roberto acima qualificado, sofreu um acidente de trânsito vindo do Município de alto alegre para Boa vista; QUE seu padrao estava na motocicleta HONDA/NXR 160 BROS, COR BRANCA, 2017/2017 e PLACA NAZ0567, quando derrapou e caiu tendo sua perna direita fraturada; QUE foi socorrido por 04 homens que estava em uma caminhonete, que além do acidentado também trouxeram a motocicleta no veículo; QUE deixaram José no trauma do HGR e lá pegaram o telefone de José e se comprometeram de entregar a motocicleta no outro dia, porém não deixaram qualquer telefone nem endereço para entrar em contato com os mesmos; QUE até a presente data e horário não entraram em contato com José e nem foram até o HGR deixar a motocicleta; QUE José se encontra no HGR esperando para realizar cirurgia na perna fraturada. Era o que tinha a comunicar.

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ACRESCENTAR OS DADOS DE SUA MOTOCICLETA, O QUE FOI FEITO ACIMA. É ADITAMENTO.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat. 042007905
Jefferson Inacio Araujo
Responsável pelo Atendimento



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

22 JAN. 2019



Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegario Gomes
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 09/01/2019 13:16
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Guia de Atendimento 02

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



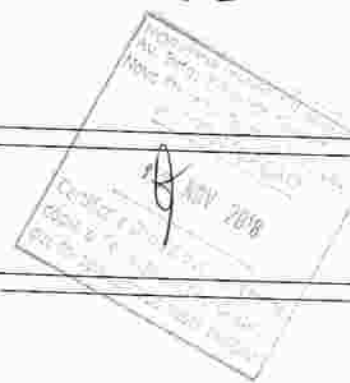
1800997704	20/08/2018 00:27:51	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	2
Paciente		Data Nascimento		Idade	CNS	CPF
JOSE ROBERTO FERREIRA DOS SANTOS		17/01/1977		41 A 7 M 3 D	898002745047339	64633497200
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	175943	SSP/RR		M		PARDA
Mãe	DAMIANA EMILIA DA MOTA		Pai		RAIMUNDO FERREIRA DOS SANTOS	
Endereço	- RUA TAMBAQUI - 989 - ...		Contato			
Class. de Risco		Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	TRANSPORTADO POR TER		JOSIEL ROSAS			
Queixa Principal		☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue				
Anamnese de Enfermagem		GSC TOTAL AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)						
Exame Físico						
Hipótese Diagnóstica						
SADT - Exames Complementares						
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:						
PRESCRIÇÃO						
APRAZAMENTO						
OBSERVAÇÃO						
Conduta						
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para:						
☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta:						
óbito						
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família						
Assinatura do Paciente ou Responsável						
Assinatura do Médico						
Impresso por: josiel.rosas Data Hora: 20/08/2018 00:28:52						

72 JAN. 2019 22 JAN. 2019

alta 24.08.18

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
5 - NOME DO PACIENTE <i>Jose Roberto Ferreira</i>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO <i>167352</i>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>81918101027141510147131319</i>		8 - DATA DE NASCIMENTO <i>17/01/77</i>
9 - SEXO <i>M</i>		10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL <i>Damiana Emilia da Mata</i>
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>R. Trambolucci, 989</i>		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Boa Vista</i>		14 - COD. UGE MUNICÍPIO
15 - UF <i>RJ</i>		16 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Acidente de Trabalho com deformidade TNZ</i>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>CIATV61A</i>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Fratura TNZ</i>		
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 <i>Carla E. A. Rosa</i>	31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>20/08/18</i>
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE TRABALHO)		
33 - ACIDENTE DE TRABALHO	34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - CNPJ EMPRESA	38 - CNAS DA EMPRESA
39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	41 - CBOR
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO		
AUTORIZAÇÃO		
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	43 - COD. ORGÃO EMISSOR	44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>09080504975828</i>
45 - DOCUMENTO	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>20/08/18</i>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

22 JAN. 2019

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
		15 - UF	
		16 - CEP	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
Sob o cuidado, apresenta e baixa função de tomografia		Cirurgia	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		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 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		33 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
34 - ACIDENTE DE TRABALHO		35 - CNPJ DA SEGURADORA	
36 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		37 - N° DO BILHETE	
38 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA	
40 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA		41 - CNAE DA EMPRESA	
42 - EMPREGADO		43 - NÃO EMPREGADO	
44 - EMPREGADOR		45 - APOSENTADO	
46 - AUTÔNOMO		47 - NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO			
48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
50 - DOCUMENTO		51 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		53 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	

22 JAN. 2019

F 11

F 11

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		JOSE ROBERTO PENNELLO			
DIAGNÓSTICO		Fratura TMR			
ALERGIAS		HAS			
IDADE		LEITO		DM2	DATA
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SAD	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			Maiten	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			12/10/24 96	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			12/10/24 96	
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			12/10/24 96	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			SN	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SN	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			SN	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			SN	
10	SSVV + CCGG 6/6 H			Robno	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			SN	
14	CURATIVO DIARIO			Curativo	
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA: *paciente citou*
Após Curativo

Dr. Jesus A. Lopez Aguiar
CRM-RR 566

Já no no jeito sem queixas
segue nos cuidados da ENF.

Amanda Lima de Aguiar
Téc. Enfermagem
CRM-RR 90053

SINAIS VITAIS	P.A.	T.C.	TX
6 H			
12 H	134x89	66	36,2
18 H	133x84	96	36,5°C
24 H	134x91	96	36°C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

F11

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOSE ROBERTO FERNANDES				
DIAGNÓSTICO	Fratura Tor				
ALERGIAS	In aler				
IDADE	41	HAS	NEGA	DM2	NEGA
LEITO	F 11	DATA	22/08/16		
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20mg 12/12hs				
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				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
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:

Ao bloco para programação cirúrgica

*paciente eutrofo
cirurg 22/08/16*



Dr. Jairo A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS	PA	FC	T
6 H	134/84	80	35.8°C
12 H	130/85	90	36°C
18 H	160/100	96	36°C
24 H	136/79	91	36°C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

*1810 paciente em unid. física medicada
com 22/08/16 segue em evolução 70 gpa
de enfermaria*

Fernando Gonçalves Barbosa
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 025.057 TE

117-3

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	JOSE ROBERTO FERNANDES DA SILVA		
DIAGNÓSTICO	Fratura Torácica		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	41	LEITO	11
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		12h / 18h / 24h
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		12h / 18h / 24h
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		12h / 18h / 24h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		Robson
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		
14	CURATIVO DIÁRIO		M
15			
16			
17			
18	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		
19			
20			

SOLUÇÃO MÉDICA:

paciente em LCC
 e bom andamento

Robson

M bom andamento

Dr. Jesus Aguiar
 CRM-RR 565
 15/02/2019
 Certifico que o paciente foi atendido e a prescrição médica foi realizada.

SINAIS VITAIS				
6 H	151/95	80		
12 H				
18 H	110x70	80	76	
24 H	110x74	84		

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

18:00 paciente no Jaleco LCC, SSVV preservado.
 fe glau



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	
JAYNE ROBERTA FERREIRA DOS SANTOS		P-11		23 18 118	
TIPO		CIRURGIA			
OSTIOTOMIA DE FURTO TUMORAL DE TENDÃO		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		12:37	13:20		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
Dr. Carlos Henrique		ANESTESISTA:	Dr. Marisa		
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:	Dr. Emanuel R.		
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE	Ademir		
TIPO DE ANESTESIA: Raquí		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYLNº 0	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURINº 11			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	
1	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
1	eletrólito		100ml	OUTROS: Clorexidina Alcoolica	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Br. Lino	SUB- TOTAL		
		Ademir	TAXA DE SALA		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA		
		Ademir	SOMA		
		Kellie	ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

22 JAN. 2019

SAB - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Jose Roberto Ferreira dos Santos

Assistente de Frac. Usado de TNUZ

TRANSOPERATÓRIO				SRPA			
Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	Sinais Vitais
11:50	12:37	12:15			<u>Redução de TNUZ (D)</u>		
Cirurgia Realizada				Anestesia	Localização		
Hidratação: <u>Artif. Solu. - Ringer</u>				Posição: <u>Prone</u>			
Infusão: <u>Normal Sal. 0.9% NaCl</u>				Hemodinâmico			
SF a 0.9% NaCl				Nome: <u>Kellin</u>	CH		
SG a 10%				Dose: <u>2g</u>	Plasma		
Outros:				Plaqueta:			
N° de compressas oferecidas:				Andômetro Palt. <u>110/70</u>			
N° de compressas recolhidas:				PNÃO			
Sinais Vitais:				() Sim			
T °C <u>36.2</u> bpm				N° peças:			
SAT % <u>98</u> rpm				() Cultura			
FC bpm <u>92</u>				() Outros:			
PA <u>130/70</u> mmHg							
Branco na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Rolo X							
() Outros:							
Legenda							
1. Eletrodos							
2. Oxímetro							
3. PVC							
4. Placa de Bisturi							
5. Incisão							
6. Cateter							
7. Vendelise							
8. Dreno							
9. SNG							
10. Fala de Smarch							
11. Outros:							
Destino: () SRPA () UTI () Outros:							
Instrumento elaborado pelos enfermeiros da COO: <u>WURE - AM/ 2005 e adotado pelas Enfermeiras de 1980 a 2004</u>							

22 JAN. 2019

PAGE

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

ANTES DA INCISÃO

Nome: Roberto Ferreira dos Santos
Ra apontável: inútil de Carlos Henrique / Delfino

Anestesiista: Dra. Mariana

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

ENTRADA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

PACIENTE CONFIRMOU:
☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Precedimento
Consentimento () Sim () Não

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

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

PULSO CIRÚRGICO
Aplica () Não se Aplica
☒ NÃO DEMONSTRADO
☒ NÃO SE APLICA

CIRÚRGICO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:
☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Precedimento

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

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO
O PACIENTE POSSUI:
ALERGIA CONHECIDA
☒ Não () Sim, Qual:

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:
☒ REVISÃO DO CIRÚRGIO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.
☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

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

ÁREA DE RISCO DE ASPIRAÇÃO
☒ Não
O equipamento/instituição disponíveis
RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
☒ Não
O paciente endovenoso adequadamente planejado para fluidos

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.

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.
☒ Não se aplica
☒ Sim, Qual: _____ Hora: _____

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
☒ Sim () Não
O CIRÚRGIO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE
☒ Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura: _____ Hora: _____
Data: 23/02/2019

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
☒ Sim
☒ Não se aplica

Assinatura e Carimbo: _____
Data: 23/02/2019

22 JAN. 2019

BOLETIM OPERATÓRIO

APR 2019

John Robert
Petersen & Son

RELATÓRIO CIRURGICO

- Vascular channels
- Super cuticle
- Central canal
→ - Inca lateral, dorsal & ventral
- Inca central - place of chlo
↓ 08 from expansion expansion c
03 portion cotton fat
→ - Inca redial, dorsal & ventral
redial base m. pharynx elongate
- Cotton fat

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463



GOVERNO DO ESTADO DE RORÔNIA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

Fu Roberto Ferreira de Santos

FICHA DE ANESTESIA

41 anos -

Sem comorbidades

Não possui alergias

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		BV 23 agosto 2018	
MDZ 2.5 mg + Fnt 40 mg EV na SO + Propofol 2 gr EV + Naradren 2 mg EV			
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Midazolam 0.5 /	12.5 mg		X Paciente acordado. Anestesia de região com álcool 70%. Colocação de campos térmicos. Anestesia de região com lido 2% 40mg. Punção do espaço subacromioclavicular entre L3-L4, via mediana após algumas tentativas, com agulha de Quincke 26 G. Bolal paralela às fibras da dura. Líquor claro, normotenso. Feito injeção de sedação anestésica com meprobamata pesada 12.5 mg. Bloqueio anestésico, motor satisfatório.
B. Fentanyl	40 mg	Agulha mediana Pontar	
C. MDZ	2.5 mg	Propofol	
D. Propofol	2 gr		
E.			
F.			
G.			
GLICOSE	LIQUIDOS	Canula - Mão / Oro Farngia	
ROCD		Rino / Orolingual - Cris	
SANGUE		Bol - Timo - Calda do Tolo	
		Sob Mastica	
		Diluição Técnica	
TOTAL	1500	TEMPO DE ANESTESIA	
OBSERVAÇÃO			
Osteotomia de fratura, lacrima de Pernozele ①			
ANESTESIA	CODIGO	CIRURGO	PERDA SANGUINEA
Di. Moniz / Dr. Falcão		Dr. Lucas / Dr. Paulo Henrique	

Dr. Emanuel

Dr. Marisa Pinto
Anestesiologista
CRM/RR - 304

① Paciente hemodinamicamente estável, sem intercorrências durante o per. operatório.

Examinado à SRPA. PA 135 x 73
FC 80
SpO2 98%.

22 JAN. 2019



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

ostiosintese de Frac. lateral de TNZ D

Data: 23/08/18 Nº DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: José Roberto Ferreira dos Santos Idade 41

Bloco: F Enfermaria _____ Leito: 11

Caixa: pequena Frac. 3,5 Nº 3,5

Circulante: Atenção Sala OU

Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

placa Targa de Cava de 8 furos
parafuso espessado 185
contorno 40 11

22 JAN. 2019

Médico Responsável

Dr. Jesús A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME



24/8/2018 12:05:09

71,4 %

24/8/2018 12:05:09

71,3 %

JOSE ROBERTO FERREIRA,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

22 JAN 2019

Seguradora LÍDER Administradora do Seguro DPVAT		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:
		646.334.972-00	Jose Roberto Ferreira dos Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Jose Roberto Ferreira dos Santos			
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Pedreiro	Rua Romênia	49	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Cauamé	Boa Vista	RR	69.311-124
E-mail:	Tel. (DDD):		
alairr@hotmail.com	(95) 98125-9538		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
RENDA 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)		☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)		Nome do BANCO: Banco do Brasil	
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
		6076 8	1877 5
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:		Data do óbito da vítima:	
☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo			
Grau de Parentesco com a vítima:		Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não			
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não		Se tinha filhos, informar quantos:	
		Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.			
Local e Data: Boa Vista - RR		TESTEMUNHAS	
Nome: Jose Roberto Ferreira dos Santos		1ª Nome: _____	
CPF: 646.334.972-00		CPF: _____	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura	
Assinatura do Representante Legal (se houver)		2ª Nome: _____	
Assinatura do Procurador (se houver)		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.

FPS.001 V001/2018

22 JAN. 2019



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

JOSE ROBERTO FERREIRA DO SANTO

CPF da Vítima

646.334.972-00

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.

Boa Vista, 22 de Janeiro de 2019

Local e Data

x José Roberto Ferreira dos Santos

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 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=2.531%2C2...>



Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo		
Descrição do cálculo		
Valor Nominal	R\$ 2.531,25	
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.	
Período da correção	20/8/2018 a 26/2/2019	
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos	
Período dos juros	20/8/2018 a 26/2/2019	

Dados calculados		
Fator de correção do período	190 dias	1,013600
Percentual correspondente	190 dias	1,360038 %
Valor corrigido para 26/2/2019	(=)	R\$ 2.565,68
Juros(190 dias-6,50468%)	(+)	R\$ 166,89
Sub Total	(=)	R\$ 2.732,57
Valor total	(=)	R\$ 2.732,57

Retornar Imprimir