



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, Marcia Juliana Luciano da Silva PROFISSÃO: _____
ESTADO CIVIL: solteira, FONE: 99165-5935,
E-MAIL: marcia_juliana12@hotmail.com RG: 253750
SSP- RR e CPF: 799.403.582-53, RESIDENTE À
RUA: Jose Hamilton Crandin N° 125,

BAIRRO: Ailton Rocha 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 judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, ____ de ____ de 201__.

Marcia Juliana Luciano da Silva

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: Marcia Juliana Luciano da Silva
ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: _____
RG N° 253750 SSP/RR CPF: 799.403.582-53
ENDEREÇO: Rua Jose Hamilton Gondim N° 125
Bairro: Ailton Rocha

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, 07 de fevereiro de 2019.

Marcia Juliana Luciano da Silva

TRABALHADOR	
Este é o Cartão de Trabalho - CTPS - segundo o modelo aprovado pelo Conselho Nacional de Trabalho, em 1932 e posteriormente reformulado pelo Decreto-Lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprova o CTPS. Ele é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional. Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS. O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador. Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro da 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. CONTROLE E GARANTIA COM RECURSOS DO IAT - FUNDO DE AMparo AO TRABALHADOR VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR	
MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO CARTÃO DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL 126.42390.56-9 1798538 0040 RR Marcia Juliana L. da Silva  	

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	
MARCIA JULIANA LUCIANO DA SILVA FILIAÇÃO: FREDERICO CIPRIANO DA SILVA LUCIOLA LUCIANO DA SILVA NASCIMENTO: 12/08/1983 SEXO: FEMININO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO NATURALIDADE: PACARAEMA - RR DOCUMENTO: C.N. 29660 LV A - 33 FLS 084 - 05/12/1999 - BOA VISTA BOA VISTA - RR LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996 CPF: 799.403.582-53 CNH: 005 TIT. ELEITOR: 003328602807 SEÇÃO: 009 ZONA: 005 LOCAL/ DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 24/02/2014 <i>Marcia da Rosa da Silva</i> Assinatura do Emissor ASSINATURA DO EMISSOR	
ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE FILIAÇÃO _____ DATA DE NASC. DE ____/____/____ PARA ____/____/____ DOCUMENTO _____ MOTIVO: _____ ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR NOME _____ DOCUMENTO _____ MOTIVO: _____ ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR NOME _____ DOCUMENTO _____ MOTIVO: _____ ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR NOME _____ DOCUMENTO _____ MOTIVO: _____ ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR LEGENDA A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO B - SEP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA 03	

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Marcia Juliana Luciano da Silva
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	
IDENTIDADE:	29660 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua Jose Hamilton Gondim, 125, Q754, LT 100, W. Anton Rocha

OUTORGADO

NOME:	Abner Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.907 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua Antonio Ribeiro Salgado, N: 3532, Barreiro

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 dia 11/06/2018

LOCAL E DATA

DOCUMENTO
ORIGINAL
13 AGO. 2018



* Marcia Juliana Luciano da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



23.726
Tatiana O. Veira de Aquino
Escrevente Autorizada

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0131258-8

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 308/13

Nº da Nota Fiscal: 000361973

A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2004.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2018	01/04/2018	200	129,80

MARCIA JULIANA LUCIANO DA SILVA
R. JOSE HAMILTON GONDIM 125 Q 754 LT 100DR. AIRTON ROCHA
CPF: 00079940358253
CEP: 69.318-768 - BOA VISTA

ROT: 15.001.23.16.068000

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	5200	Atual:	07/03/2018
Anterior:	5000	Anterior:	06/02/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	07/04/2018
Consumo Medido:	200	Emissão:	06/03/2018
Consumo Faturado:	200	Apresentação:	07/03/2018

NORMAL 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14EDB053811	1425545	1.1.1	

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
FEV/18 238	CONSUMO 200 A R\$ 0,570386 = 114,08
JAN/18 209	ILUMINACAO PUBLICA 1,72
DEZ/17 214	
NOV/17 214	
OUT/17 212	
SET/17 173	
AGO/17 150	
JUL/17 144	
JUN/17 158	
MAI/17 159	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 200 - 0,456770	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade Consumidora
02/2018	151,52	Unidade Consumidora 14EDB053811

Unidade Consumidora 14EDB053811
energia elétrica e tarifa de iluminação pública
realizadas nesta fatura. O não pagamento poderá
bem a inclusão do nome do consumidor na SEFAZ,
ainda existirem contatos vencidos e já realizados
valor de R\$ 691,86 (valor histórico). Caso tenha efetuado
o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 86AF.393C.DEB7.CE0D.18C8.281B.9C41.97E5

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	54,81	Base de Cálculo:	17,00%
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	19,39
Transmissão:	2,28	Valor do ICMS:	0,63
Encargos:	22,72	Valor do PIS:	2,70
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

01/2018	02/2018	03/2018	04/2018	05/2018	06/2018	07/2018	08/2018	09/2018	10/2018	11/2018	12/2018
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ROT: 15.001.23.16.068000

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal: 000361973

FCAM

336400000011 29800075000 0 000000000131 3 25880318008 6

SEU CÓDIGO
0131258-8

TOTAL A PAGAR - R\$
129,80

MÊS FATURADO
03/2018

VENCIMENTO
01/04/2018

07/03/2018 T. ENTR.: 04
129,80 CARGA: C18
000 COLETOR: 1281

13 AGO

CAIXA
POUPANÇA



4392 6719 2206 5210

MARCIA JULIANA L SILVA

3027 013 00064411-8

10/24

VISA

Electron

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
CENTRAL DE FLAGRANTES
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



BOLETIM Nº 677/2018	BOLETIM DE OCORRÊNCIA		
	DELEGADO: RODRIGO DE OLIVEIRA GOMIDES		
	EQUIPE "ALFA"		
DATA: 29/10/2018	LOCAL DA OCORRÊNCIA: VIA PÚBLICA, AV MAJOR WILHAMES COM AV BENJAMIN CONSTANT		DATA 04/09/2018
HORA: 10:23			HORA 12:07

COMUNICANTE/VITIMA		
NOME: MARCIA JULIANA LUCIANO DA SILVA	RG: 253750	SSP/RR
IDADE: 39 ANOS	END: RUA JOSÉ HAMILTON GODIN, Nº 125, BAIRRO AIRTON ROCHA	
PAI: FREDERICO SIPRIANO DA SILVA	MÃE: LUCIOLA LUCIANO DA SILVA	
GRAU ESC: ENSINO MÉDIO	NATURAL: PACARAÍMA/RR	NACION: BRASILEIRA
SEXO: FEM	Data Nascimento: 12/08/1983	ESTADO CIVIL:
TEL CEL: 95 99155-3622	PROF: PJ	SOLTEIRA

INFRATOR		
NOME: PJ	RG:	
IDADE:	END:	
PAI:	MÃE:	
GRAU ESC:	NATURAL:	NACION:
SEXO:	Data Nascimento:	ESTADO CIVIL:
TEL CEL:	PROF: PJ	

HISTÓRICO
SENHOR DELEGADO, A COMUNICANTE VEM INFORMAR QUE NO DIA E HORA SUPRACITADO SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, CONFORME BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 024298/2018-A03 E VEM ACRESCENTAR QUE O PROPRIETÁRIO DO VEICULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE DE PLACA NAP-7458 É CLERISMAR PEREIRA DA SILVA. É O RELATÓRIO.

Francisco de Assis Barros de Oliveira
FRANCISCO DE ASSIS BARROS DE OLIVEIRA
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL

Marcia Juliana Luciano da Silva
MARCIA JULIANA LUCIANO DA SILVA
COMUNICANTE

DESPACHO

DESPACHO

Obs.: O denunciante fica desde já ciente que se os fatos acima narrados forem infundados, inverídicos ou não puderem ser provados, estará sujeito às penas do Crime de Denúnciação Caluniosa, previsto no art. 339 do Código Penal, que assim dispõe: "Dar causa à instauração de investigação policial, de processo judicial, instauração de investigação administrativa contra alguém, imputando-lhe crime de que o sabe inocente: Pena- Reclusão de 02 (dois) a 08(oito) anos e multa."



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024298/2018-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/08/2018 12:08 Data/Hora Fim: 09/08/2018 12:09
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 11/06/2018
Delegado de Polícia: Eliane Gonçalves

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 5º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 04/05/2018 18:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Avenida major willas c "bejamin constant"

Bairro: São Pedro

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: Acidente Com Lesões	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARCIA JULIANA LUCIANO DA SILVA (COMUNICANTE , VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Pacaraima Sexo: Feminino Nasc: 12/08/1983
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Luciola Luciano da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1798538

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA JOSE HAMILTON GODIN Nº: 125
Bairro: DR AIRTON ROCHA
Telefone: (95) 99165-5935 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: "ALISON" (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

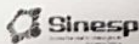
Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado (a);
A vítima veio até este DP, onde que na data e local citados acima, estava na garupa da motocicleta NAP 7458 (chassi



Delegado de Polícia Civil: Eliane Gonçalves
Impresso por: Daniel Baraúna Magalhães
Data de Impressão: 09/08/2018 12:09
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

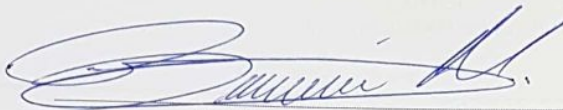
13 AGO. 2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

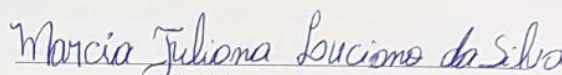
Nº: 024298/2018-A02

fornecido pela vítima: 94J1XPBC66M000750), e se envolveu em um acidente de trânsito com outro veículo, vindo a sofrer algumas lesões nas pernas e fratura no braço esquerdo; Que foi encaminhada ao Pronto socorro do HGR por uma equipe do resgate do CBM e teve alta médica no mesmo dia após passar por procedimento médico; Que não informou demais dados do condutor da motocicleta e do outro veículo envolvido. É o relato.

ASSINATURAS



Daniel Baraúna Magalhães
Responsável pelo Atendimento



Marcia Juliana Luciano da Silva
(Vítima / Comunicante)

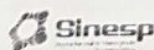
"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção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

D.

09 AGO. 2018

AGENTE DE P.
CONFERIDO

DOCUMENTO
ORIGINAL
13 AGO. 2018



Delegado de Polícia Civil: Eliane Gonçalves
Impresso por: Daniel Baraúna Magalhães
Data de Impressão: 09/08/2018 12:09
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

04/05/2018

...: 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



1800945775	04/05/2018 19:40:36	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	11
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
MARCIA JULIANA LUCIANO DA SILVA	12/08/1983	34 A 8 M 23 D	704009862360167	79940358253		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
				F	SOLTEIRO(A)	BRASILEIRA
Mãe		Pai		Contato		
LUCIOLA LUCIANO DA SILVA		NI		(95) 99145-5935		
Endereço	Ocupação					
RUA - - 46 - CAUAME - BOA VISTA - RR						
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	SAMU CAPITAL		ALEXSANDRO PEREIRA			
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					
Queixa Principal: <i>queda de moto</i>						
Anamnese de Enfermagem	Anamnese de Enfermagem: <i>Acidente automobilístico</i>					GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____ h)	Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____ h): <i>Apresenta dor em mte. e mte. esquerda e direita. fadiga</i>					
Exame Físico	Exame Físico: <i>AB: cl. piro AR: MV SI RA.</i>					
Hipótese Diagnóstica	Hipótese Diagnóstica: <i>AB: cl. piro AR: MV SI RA.</i>					
SADT - Exames Complementares	SADT - Exames Complementares: ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:					
PRESCRIÇÃO	PRESCRIÇÃO: <i>1- 500mg 500mg (IV) 2- Diprione 2mg (IV) 3- Tenoxicam 100mg (IV) 4- Rx cervical / MTE / MIE.</i>					OBSERVAÇÃO:
Assinatura do Médico: <i>Francislane Moreira da Silva</i> Tcc de Enfermagem COREN-RR 977.762 Dr. Marcos Felipe Diniz Médico CRM/RR 1869					OBSERVAÇÃO:	
Conduta: <i>Ortopedia</i>					Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☒ Transferência para:	
óbito: <i>Antes do 1º Atendimento?</i> ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica					Data e Hora da Saída/Alta:	
Assinatura do Paciente ou Responsável:					Carimbo e Assinatura do Médico:	
Impresso por: alexsandro.pereira Data Hora: 04/05/2018 19:43:06					1800945775	

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

HGR

00953771 20/05/2018 20:22:09 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA NOTURNO 19- 55

Paciente: MARCIA JULIANA LUCIANO DA SILVA Data Nascimento: 12/08/1983 Idade: 34 A 9 M 8 D CNS: 704009862360167 CPF: 79940358253 Prontuário: 00165048

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO(A) Raça/Cor: PACARAIMA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA

Mãe: LUCIOLA LUCIANO DA SILVA Contato: (95) 99165-5935 Ocupação:

Endereço: RUA - JOSE NILTON GODIM - 125 - AIRTON ROCHA - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: AZUL Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:

Motivo do Atendimento: SPA - PRONTO ATENDIM Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: 36.70 Peso: Pressão: 110 x 70

Sector: PRONTO ATENDIMENTO Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: ALEXSANDRO.PEREIRA

Queixa Principal: RETORNO ORTOPEDIA () Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem
NEGA HAS DM ALERGIA

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

() RAO -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 () IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: cleber.lobato
Data Hora: 20/05/2018 20:24:44



218-2

SUS Sistema Único de Saúde **Ministério da Saúde**

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BLOCO B

1105

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

2 - CNES
231965-9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

4 - CNES
231965-9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
MARCIA JULIANA LUCIANO DA SILVA

6 - Nº. DO PRONTUÁRIO
00165048

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
704009862360167

8 - DATA DE NASCIMENTO
12/08/1983

9 - SEXO
3 - Feminino

10 - RAÇA / COR
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
LUCIOLA LUCIANO DA SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO
(95) 99165-5935

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
MARCIA JULIANA LUCIANO DA SILVA

14 - TELEFONE DE CONTATO
(95) 99165-5935

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
RUA: JOSE NILTON GODIM - 125 -- AIRTON ROCHA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
BOA VISTA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
140010

18 - UF
RR

19 - CEP
69.318-768

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Varizes intomáticas

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Tratamento cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Anamnese e Exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Varizes MAA

24 - CID 10 PRINCIPAL
I83.9

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Varicetomia MAA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA
AMBULATÓRIO

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
ELETIVO

31 - DOCUMENTO
C. N. S.

32 - Nº. DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
707602280396390

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
MARCIO GUILHERME SOUZA MACEDO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
10/05/2018

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)
Márcio Macêdo
Angiologia C. Vascular
CRM-RR 1565

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº. DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO
☐ CNS ☒ CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
10/5/18

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

52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
0406020566

I839



Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Saúde
Hospital Geral de Roraima
Laboratório de Análises Clínicas
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



Resultado de Exames

Paciente: MARCIA JULIANA DA SILVA

Sexo: F Nasc: 12/08/1983 Idade: 34A

Requisição: 20266228

Setor: BLOCO B

Coleta: 10/05/2018 18:20:47

Origem: HGR

Leito: 218-2

Emissão: 10/05/2018 20:11:51

Hemograma com contagem de plaquetas

Material: Sangue Total

Método: Automatizado Mindray BC-5380

Leucograma

Referência

LEUCOCITOS	7,22x10 ³ /uL	4.00 - 10.00
NEUTROFILOS	67,00%	50.0 - 70.0
LINFOCITOS	29,00%	20.0 - 40.0
MONOCITOS	2,00%	3.0 - 12.0
EOSINOFILOS	2,00%	0.5 - 5.0
BASOFILOS	0,00%	0.0 - 1.0

Eritrograma

Referência

ERITROCITOS	3,77 x10 ⁶ /uL	3.50 - 5.50
HEMOGLOBINA	11,40 g/dL	11.0 - 16.0
HEMATOCRITO	33,40 %	37.0 - 54.0
VCM	88,50 ug/mL	80.0 - 100.0
HCM	30,20 pg	27.0 - 34.0
CHCM	34,20 g/dL	32.0 - 36.0
RDW CV	11,80 %	11.0 - 16.0
RDW SD	49,10 fL	35.0 - 56.0

Plaquetograma

Referência

PLAQUETAS	316,00 x10 ³ /uL	150 - 400
VPM	8,60 fL	6.5 - 12.0
ADP	15,80	9.0 - 17.0
PCT	0,272 %	1.08 - 2.82

Rosilane Reis Rocha
Farmacêutica Bioquímica
CRF-RR 230



Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Saúde
Hospital Geral de Roraima
Laboratório de Análises Clínicas

"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



Resultado de Exames

Paciente: MARCIA JULIANA DA SILVA

Requisição: 20266228

Origem: HGR

Sexo: F Nasc: 12/08/1983 Idade: 34A

Setor: BLOCO B

Coleta: 10/05/2018 18:20:47

Leito: 218-2

Emissão: 10/05/2018 20:11:51

Exames

Material: Soro

Método: Automatizado Mindray BS-380

GLICOSE

87,57 mg/dL

Referência

70.0 - 100.0

Michelly Barbosa Rosa Filgueiras
Bioquímica
CRF-RR 195

HOSPITAL GERAL DE AROMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 11.05.19

O.S. _____

Marcia J. L. da Silva

DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Várgas MMA

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

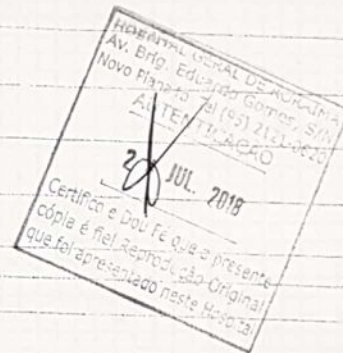
Vasectomia MMA

TIPO DE INTERVENÇÃO

MEDICAÇÕES EM CIDENTES

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

Mesmo acima



CIRURGIÃO

Marcio Macêdo

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR

INSTRUMENTADORA

3º AUXILIAR

ANESTESIA

ANESTESISTAS

ANESTÉSICO

INÍCIO

FIM

DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

DOCUMENTO ORIGINAL
13 AGO. 2018

- ① Paciente em D.D.M. sobre o leito
- ② Limpeza + Antissepsia + Colocação de campos
- ③ Inguinotomia ④ el direção p/ planos
- ④ laprectomia segmentar ⑤ + vasectomia seletiva
- ⑤ Nervos da hemostasia p/ter p/ planos
- ⑥ Mesmo procedimentos a ④
- ⑦ Curativo e a JRAA

Marcio Macêdo
Angiologia e C.Vascular
CRM-RR 1565



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Assistência Patrimonial dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Marcia Juliana da Silva 34a

11/5/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Meq HPP
Meq Alergia

AGENTES	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45											
	N 20	02										
LÍQUIDOS VENOSOS	A	M										
DA	240											
X	38	220										
ULSO	36	200										
ANES	34	180										
X	32	160										
OP	30	140										
O		120										
		100										
ASPIR.		80										
A		60										
RESP		40										
O		20										
Exponl												
Assist												
Contro												

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Atoril 50mcg		Respirometria mecânica	1. Check List Anest. OK.
B. Midazolam 2mg		bulbo simples sem	2. Monitor + OVP.
C. Lidocaina 20mg		agulha de	3. CN O ₂ 22/min
D.		Primer 27G	4. Sutura
E.		ventilada espontânea	5. fentanyl 50mcg IV.
F.		na CN O ₂ 22/min	6. Midazolam 2mg
G.			7. Apneia + Antispasmodicos
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringe	8. Sutura anestésica 20mg SL.
HDOD		Naso / Orotraqueal - Cega	9. heparina 1000UI/ml
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	10. Hiperbarica 20mg
		Sob Máscara	11. Cetarolina 2g C.V.
		Dificuldade Técnica	
TEMPO DE ANESTESIA			
TOTAL			
OPERAÇÃO: Varicetomia de Membros Inferiores			
ANESTESIA: Dr. Edina			
CÓDIGO			
CIRURGIÃO: Dr. Marcia Macedo			
PELODA SANGÜEA			

Marcio Macêdo
Angiologia e C. Vascular
CRM/R 1565

EDINO ALLANNO A. SOARES
Anestesiologista
RQE 197

19h10 X A Sala de RPA, estável
FC: 90 bpm
PA: 117x60 mmHg
SpO₂: 96%

13 AGO. 2018

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

RECETA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: Marcos Juliana da Silva APT OU LEITO: 218-2 Nº DO PRONTUÁRIO: DATA: 11 / 05 / 18

TIPO: Urologia MRP CIRURGIA: INICIO: 14:08 FIM: 19:20 TEMPO DE DURAÇÃO: TEMPO TOTAL:

CIRURGIÃO: Dr. Marcos Maciel EQUIPE MÉDICA: ANESTESISTA: Dr. Roberto
1º AUXILIAR: Antônio Fátima RES. ANESTESIA: Dr. Bruno
2º AUXILIAR: CIRCULANTE: Gilberto

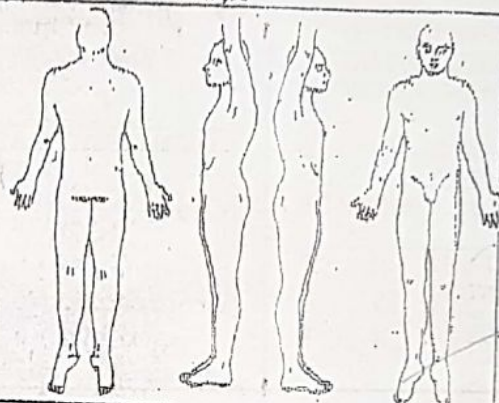
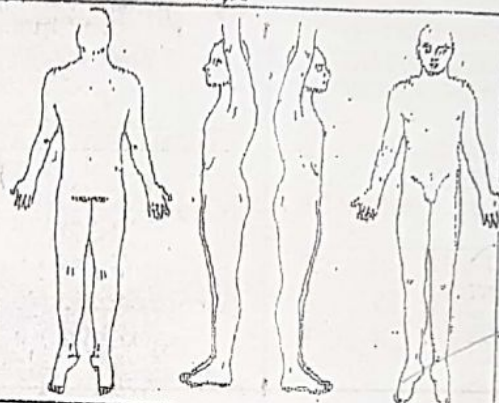
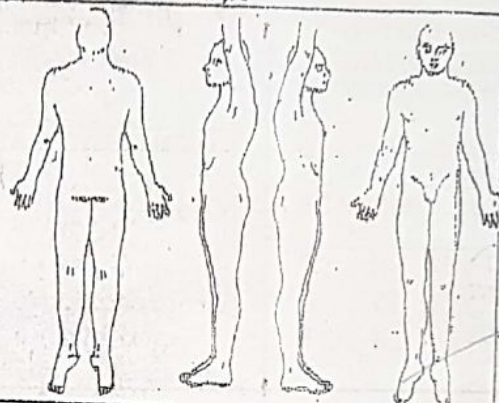
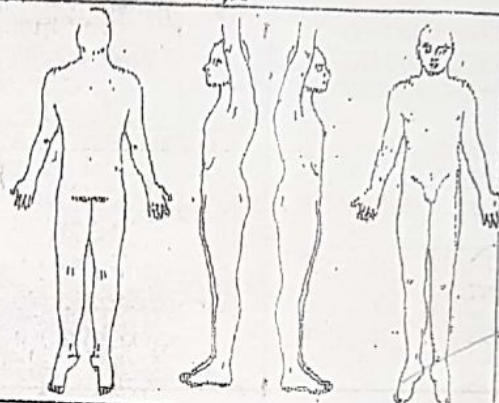
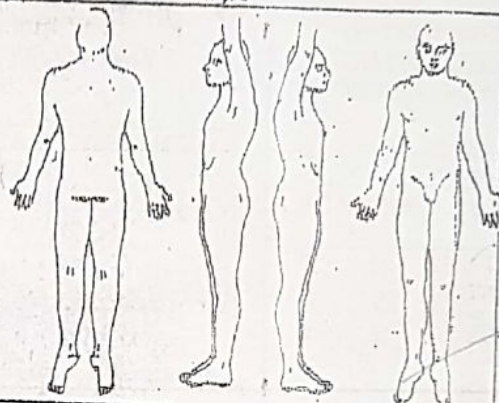
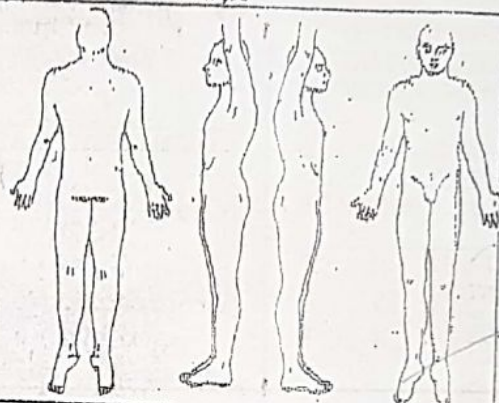
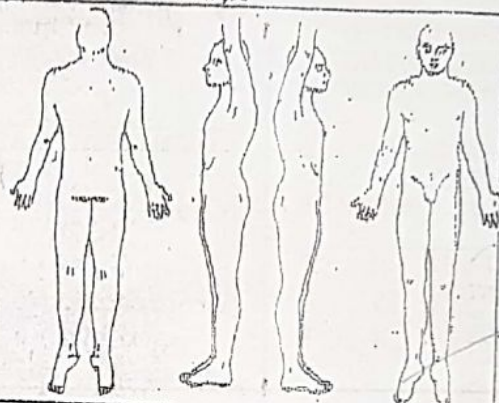
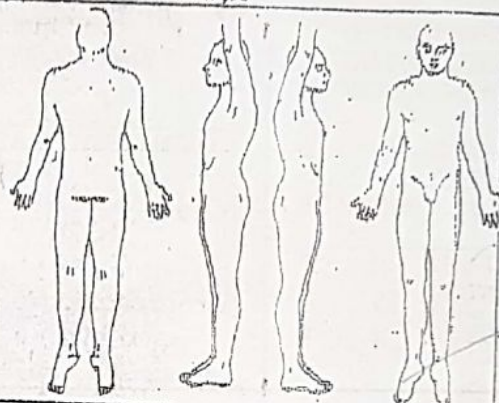
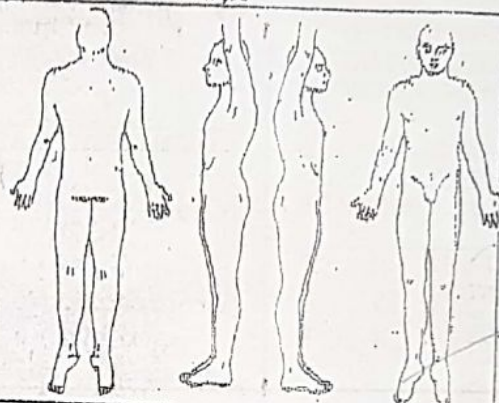
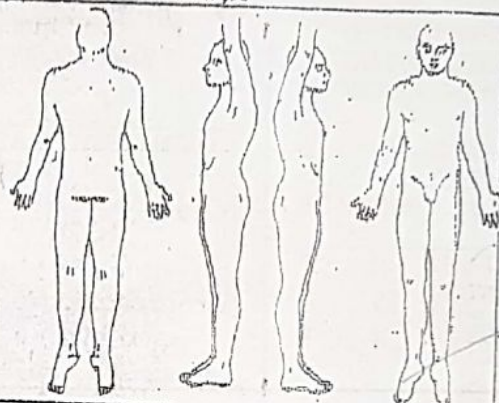
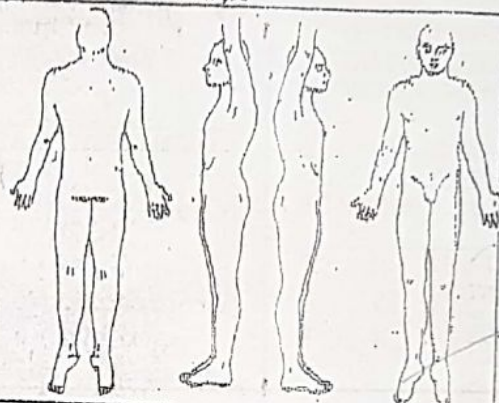
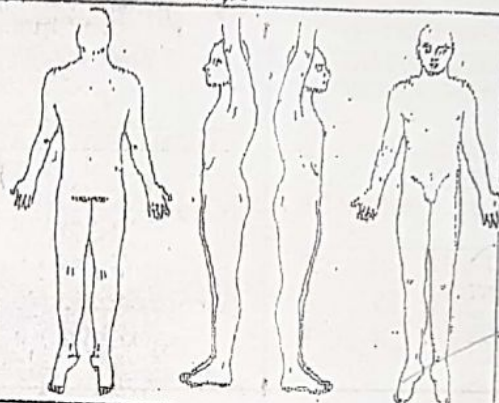
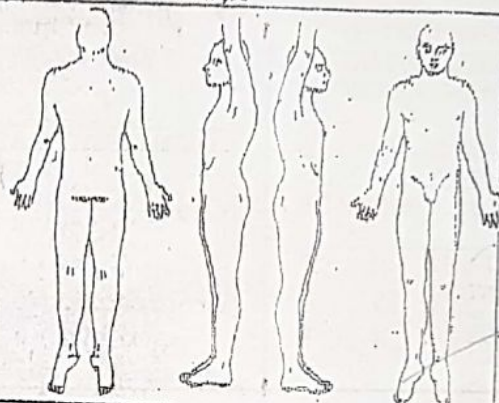
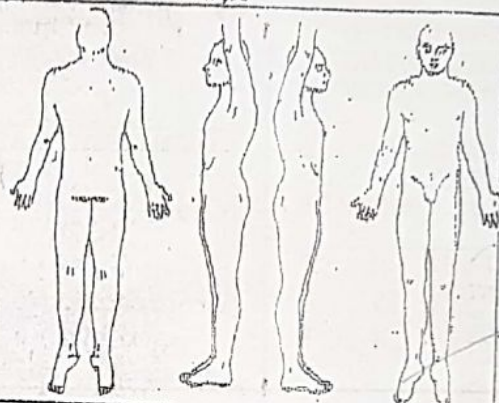
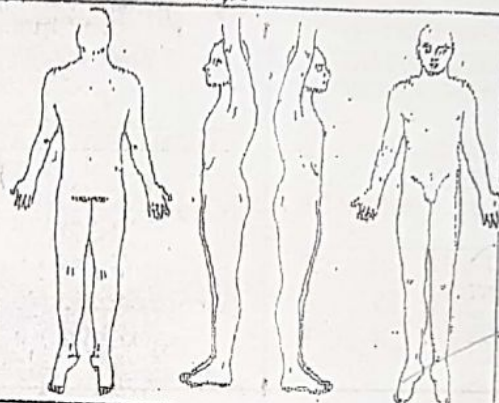
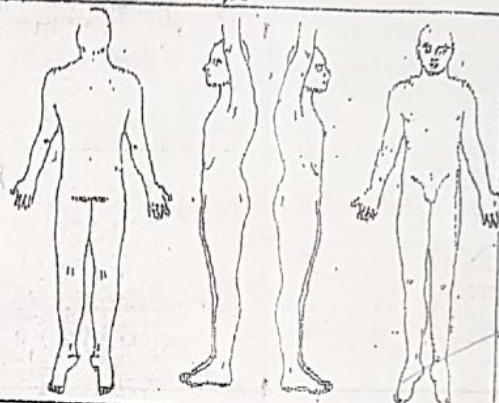
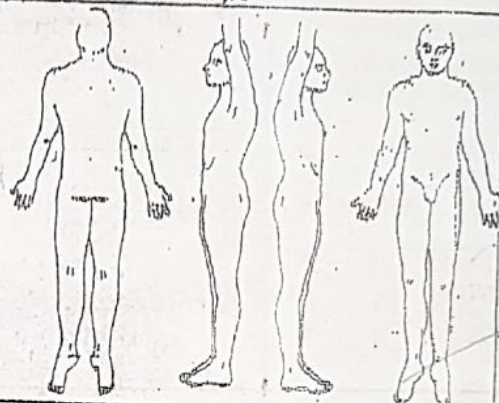
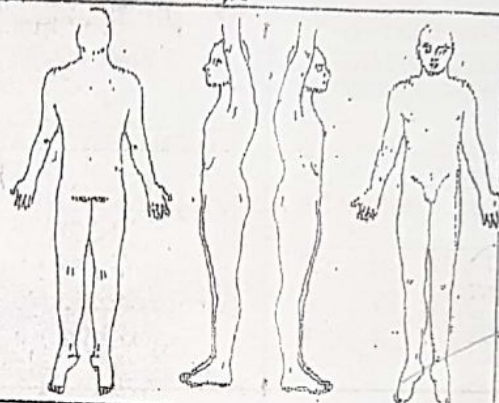
TIPO DE ANESTESIA: Rogui TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☒	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
☒	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOLADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
☐	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
☒	LUVA ESTERIL 8.5		☒	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº 30 - 4.0	
☒	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
☐	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	
☐	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
☐	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº	
☒	SERINGA 10ML		☒	GECOFAM atolupa 30 cm	
☐	SERINGA 20ML		☒	ELCA CARDIACA ultra obs	
			☒	OUTROS: agulhas unicas	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	VALC
	<u>Debesse</u>	SUB- TOTAL	
	<u>Leuvenaro</u>	TAXA DE SALA	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA	
	<u>Gilberto</u>	SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

13 AGO. 2018

Marcelo J. da Silva

DADOS PRE-OPERATÓRIO		TRANSOPERATÓRIO					SRPA					
Data	11/05/19	Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	Sinais Vitais			
Reg	10:34	16:33	17:08	16:45	19:20		Respi	Uniceloma	T	P	PA	SPO2
Chegada: Bloco B		Cirurgia Realizada		Anestesia		Posicionamento		Localização				
Emergência: U.T. 1		Uniceloma		Respi		Dorsal						
Internação: U.T. 1		Hidratação Infundida		Antibiótico-Terapia		Hemodinações						
Outros:		SF a 0,9%:		Nome: Celso		CH:						
Cirurgia Proposta:		SG a 10%:		Dose: 2/1		Plasma:						
Uniceloma		Outros:		Nº de compressas oferecidas: 97		Anátomo Pat.ológico:						
1. Informações:		Nº de compressas recolhidas: 27		Sinais Vitais:		Nº peças:						
Jejum: () Pre-operatório		T: 37,5 °C		P: 63 bpm		Nº Cultura:						
() Ingesta: Intracel		SAT: 97 %		R: 63 rpm		() Outros:						
() Banho: () San. 32		() Regular		() Irregular		() Outros:						
() Alegria: () Cardíaco		FC: 80 bpm		PA: mmHg		() Outros:						
Exames: () Urinário		Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Rolo X		() Outros:		() Outros:						
() Outros:		Estado Emocional/Mental		Choro: () Silencioso		Agitado						
Uniceloma		Exames Virais		Legenda		Balanço Hídrico						
37,5 bpm		1. Eletrodos		2. Oxímetro		3. PVC						
97 mmHg		4. Placa de Bisturi		5. Incisão		6. Cateter						
97 rpm		7. Venoclise		8. Dreno		9. SNG						
Regular		10. Balxa de Smarch		11. Outros:		Entrada:						
Regular		Destino: () SRPA () UTI () Outros:		Ass.:		Saída:						

Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COOPENRE - AM/ 2005 e adaptado pelos Enfermeiros HGR-PAAR-PSFE-RR/2015

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome Leane Juliana de Silva
Responsável (Cirurgião) Dr. Marcos Jacob

Anestesista Dr. Edmar B. Bruno

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☐ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica ☐ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

OPACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não
☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☐ Não
☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Bruno Henrique Daroz
Residente Anestesiologia

05/08/2018

Assinatura

Data 05/08/18

Hora: 16:00

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

☒ 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.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☒ Sim,

Qual: Cefazolin 1g Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
☐ Sim ☐ Não

☒ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTES PACIENTES
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo



UNIDADE / S ETR	QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE		248-2	
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL			
DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
11.05.11		HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
	1) Dieta oral livre após 12:00h 2) DV de 08/06h 3) Dipirona 01 amp. EV 08/06h 4) Plasil 01 amp. EV 08/08h (SN) 5) Paracetamol 01 amp. EV 12/12h 6) Tenoxicam 01 amp. EV 12/12h 7) Heparina 500 UI 0,25ml SC 12/12h 8) S.F. 0,9% 500 + 500 + 500 EV a 30 gotas/min 9) Cateteres girais 10) 2405 Albs - Hospital	24-06-12-18 24-06-12-18 24-12 24-12	24.00 PA-100x60 FC-84 06:00 PA-110x70 FC-76
DOCUMENTO ORIGINAL 13 AGO. 2018 78 78 Márcio Macêdo Angiologia e C.Vascular CRM-RR 11565			

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



'EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA

DATA	EVOLUÇÃO
10.05.18 Bloco B 218-2 manhã	Paciente Szidila Souza Ferreira, 70 anos, sexo feminino, DTU 16/04/2018, AC: Massa abdominal A/E, pupila isocórica, gláucos 15 (AO=4 / RV=5 / RM=6), AVC em subclávia @, taquicardia, eupneico, normotenso, A.A.A., respirando em ar ambiente, tosse seca, padrão respiratório abdominal, percussão atímpanica, tosse improductiva e ineficaz, não apresenta desconforto respiratório, expansibilidade e complacência diminuída em AMTX, AP= MV@ sem RA, hipotônica, hipotrofica, RAM preservada em MMSS e MMIT, força grau 3, sensibilidade preservada, ussua ausente, hematoma presente em MMSS, edema vacilo em MSD e MMIT, cistritz ausente, movimentos involuntários ausente, conduta motora alongamento global passivo em MMSS e MMIT, mobilização fisiológica ativo assistido em MMSS e MMIT. SSVVI: FC=104 bpm; FR=20ipm; PA=140/80 mmHg / SSVVF=2796mm; FR=25 PA=140/70 mmHg. Acadêmica: Januária Perreira <i>Dr. Dreyton Santos Fisioterapeuta CRM-RR 23558.1.F</i>

11.05.2018

Cir. Vascular:

Paciente submetida a neurectomia segmentar bilateral @ varicectomia e litotomia bilateral sob raquianestesia. Alto em intercorrências.

CD: A JRA

Márcio Macêdo
Angiologia e C.Vascular
CRM-RR 1565

12.05.18 Cir. Vascular:

* DA pos operatorio varicectomia MMTA

Mantendo estabilidade passando bem. Bom padrão respiratório em ar ambiente. Tolerou a dieta, urina espontaneamente. Deambula sem queixas. Em condições de alta

CD: Orientações e alta hospitalar

Márcio Macêdo
Angiologia e C.Vascular
CRM-RR 1565

13 AGO. 2018

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



EVOLUÇÃO

'EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA

DATA 10.05.18
Paciente Sílvia Souza Ferreira, 70 anos, sexo feminino, DTN: 16/04/2018, AC: Massa abdominal A/E, pupila isocórica, glaucoma 15
218-2 (AO=4 / RV=5 / RM=6), AVC em subclavária (D), taquicardia,
manhã eupneica, normotensa, A.A.A., respirando em ar ambiente, tórax sim-
étrico, padrão respiratório abdominal, percussão citimânica, res-
sonância e ineficaz, não apresenta desconforto respiratório,
impedimento e ineficaz, não apresenta desconforto respiratório,
responsividade e complacência diminuída em AMTX, AP= MV(+)
sem RA, hipotônica, hipertrofica, AM preservada em MMSS e
MMI, força grau 3, sensibilidade preservada, usara ausente,
hematoma presente em MMSS, edema rosário em MSD e MMI,
cicatriz ausente, movimentos involuntários ausente, conduta motora
Alongamento global passivo em MMSS e MMI, mobilização
fisiológica ativo assistido em MMSS e MMI. SSVVI: FC=104
bpm; FR=20ipm; PA=140/80 mmHg / SSVVI: FC=104
bpm; FR=25
PA=140/70 mmHg. Acadêmica: Januária Pericelli
Fisioterapeuta
CRF nº 235958.1.F

11.05.18
2098

Cir. Vascular:

Paciente submetida a ligectomia segmentar
bilateral e varicectomia bilateral sob
raquianestesia. Alto em intercorrências.

CD: A SRPA

Márcio Macêdo
Angiologia e C.Vascular
CRM-RR 1565

12.05.18 Cir. Vascular:

* DA pós operatório varicectomia MMI

Mantendo estabilidade parando bem. Bom
padrão respiratório em ar ambiente. Tolerou a
dieta, minou espontaneamente. Desambula sem
queixas. Em condições de alta

CD: Orientações e alta hospitalar

Márcio Macêdo
Angiologia e C.Vascular
CRM-RR 1565

13 AGO. 2018

PEDIDO DE PARECE

UNIDADE:

NOME: Marcos Luciano Luciano da Silva

IDADE:

REGISTRO:

BLOCO:

ENFERMARIA:

LEITO:

UTI:

EMERGÊNCIA:

DE:

C. Vascular

PARA:

Embolologia

Dados Clínicos:

Distúrbio circulatório p/ variceloma MMTA
Distúrbio de agudizado

DOCUMENTO
ORIGINAL
13 AGO. 2018

Márcio Macêdo
Angiologia e C.Vascular
CRM-RR 1565

11.05.18
Data

Médico

Embolologia 11/05/18.

- NEB2 CONDIÇÕES EMBOLICAS CURVES
- NEB2 MORGENSE
- Sem sintomas prévios

ECG: VSL, FC 69, DENTRO DOS LIMITES NORMAIS
UB 11.4 - PL 316.000 - GLI 87 - NMI 0.98 - TPA 30
BNF VSL 2T, FC 68, MUVA 51 V

Após 10 seg: VSL 0.47

Data

DE LEE I

Dr. Alisson Silva Siqueira
Cardiologia/Ecocardiografia
CRM-RR 1774

Médico

11/05/18



20/05/2018

...: Guia de Atendimento 02 ...

AZUL

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

HGK
Hospital Geral
de Roraima

1800953771	20/05/2018 20:22:09	FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA	NOTURNO 19-	55
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
MARCIA JULIANA LUCIANO DA SILVA	12/08/1983	34 A 9 M 8 D	704009862360167	79940358253	00165048	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
Mãe	LUCIOLA LUCIANO DA SIVA	F	SOLTEIRO(A)PARDA	PACARAIMA - RR	Nacionalidade	BRASILEIRA
Endereço	RUA - JOSE NILTON GODIM - 125 - AIRTON ROCHA - BOA VISTA - RR	Pal	NI	Contato	(95) 99165-5935	
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Pronatal	
AZUL	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA			36.70		110 x 70
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTANEA		ALEXSANDRO.PEREIRA			
Queixa Principal						
RETORNO ORTOPEDIA						
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem						
NEGA HAS DM ALERGIA						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)						
Exame Físico						
Hipótese Diagnóstica						
SADT - Exames Complementares						
☐ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:						
PRESCRIÇÃO						
APRAZAMENTO						
OBSERVAÇÃO						
Condição						
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório						
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)						
☐ Alta a Revelia ☐ Internação						
☐ Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / / : :						
óbito						
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica / / : :						
Assinatura do Paciente ou Responsável						
Carimbo e Assinatura do Médico						
Impresso por: cleber.lobato						
Data Hora: 20/05/2018 20:24:44						
1800953771						

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308 - AEROPORTO
Novo Planalto - RR (95) 99165-5935
AUTENTICAÇÃO
23 JUN 2018
Certifico e dou fé que a cópia
cópia é fiel ao original e que
foi autenticado neste ato.

...: 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



000945775	04/05/2018 19:40:36	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-	11
Paciente	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário	
MARCIA JULIANA LUCIANO DA SILVA	12/08/1983		34 A 8 M 23 D	704009862360167	79940358253		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
				F	SOLTEIRO/APARDA		BRASILEIRA
Mãe	LUCIOLA LUCIANO DA SIVA		Pai		Contato		
Endereço	RUA - - 46 - CAUAME - BOA VISTA - RR		NI		(95) 99145-5935		
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						
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:				
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		ALEXSANDRO.PEREIRA				
Queixa Principal		☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL			
dores cado to automobilístico		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)							
Apresenta dor no mte e mte.							
Queda e queda. foylow 15.							
Exame Físico							
AB: clíptico							
AR: MV 31 EA.							
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares							
☐ RAIO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: Fê que a apresenta							
PRESCRIÇÃO							
1- 500mg 500mg (IV)							
2- Dipirona 200mg (IV)							
3- Fenofibrato 400mg (IV)							
4) Rx cervical / MTE / MIE.							
Francislane Moreira da Silva							
Téc. de Enfermagem							
COREN-RR 977.762							
Dr. Marcos Felipe Diniz							
Médico							
CRM-RR 1869							
Conduta							
☐ Alta por Decisão Médica							
☐ Alta a Pedido							
☐ Alta a Revelia							
☒ Transferência para: Outpatient							
☐ Ambulatório							
☐ Observação (Até 24h)							
☐ Internação							
Data e Hora da Saída/Alta: 11/05/2018 19:40:36							
óbito							
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica 11/05/2018 19:40:36							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: alexsandro.pereira				Data Hora: 04/05/2018 19:43:06			
1800945775				1800945775			

218-2

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BLOCO B

Ministério da Saúde

2 - CNES: 231965-9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

4 - CNES: 231965-9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: MARCIA JULIANA LUCIANO DA SILVA

6 - Nº. DO PRONTUÁRIO: 00165048

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 704009862360167

8 - DATA DE NASCIMENTO: 12/08/1983

9 - SEXO: 3 - Feminino

10 - RAÇA / COR: PARDAS

10.1 - ETNIA:

11 - NOME DA MÃE: LUCIOLA LUCIANO DA SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO: (95) 99165-5935

13 - NOME DO RESPONSÁVEL: MARCIA JULIANA LUCIANO DA SILVA

14 - TELEFONE DE CONTATO: (95) 99165-5935

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): RUA: JOSE NILTON GODIM - 125 - - AIRTON ROCHA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: BOA VISTA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 140010

18 - UF: RR

19 - CEP: 69.318-768

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: *Varizes arteriais MMTA*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: *Tratamento cirúrgico*

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): *Anamnese + Exame físico*

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: *Varizes MMTA*

24 - CID 10 PRINCIPAL: *I83.9*

25 - CID 10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: *Varicectomia MMTA*

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

29 - CLÍNICA: AMBULATÓRIO

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: ELETIVO

31 - DOCUMENTO: C. N. S.

32 - Nº. DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE: 707602280396390

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE: MARCIO GUILHERME SOUZA MACEDO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 10/05/2018

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO): *Márcio Macêdo*
Angiologia e C. Vascular
CRM-RR 1565

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - Nº. DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

42 - CNPJ DA EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - COD. ORGÃO EMISSOR:

48 - DOCUMENTO: ☐ CNS ☒ CPF

49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 10/5/18

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO): *0406020566*
I 839

52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 231965-9

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Dr. Edson Gomes, 320
Novo Planalto - Tel: (95) 3181-0620
AUTENTICAÇÃO

Certifico e Dou a presente cópia e Boletim Original que foi apresentado neste Hospital.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data:

11/05/19

O.S.:

Marcia J. L. da Silva

DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATORIO:

Vêneno MMTA

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Venectomia MMTA

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATORIO:

Mexmo ocima

CIRURGIÃO:

Marcio Macêdo

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

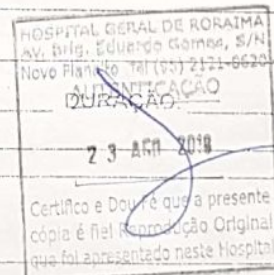
ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INICIO:

FIM:



RELATÓRIO CIRURGICO

- ① Paciente em D.D.M. sobre o lito
- ② Limpeza + Antissepsia + Colocação de campos
- ③ Insuflação ④ el direção p/ planos
- ④ laparotomia segmentar ⑤ + venectomia seletiva
- ⑤ Nervos da hemostasia, intere p/ planos
- ⑥ Mexmo procedimentos a ④.
- ⑦ Curativo e a JRAA

Marcio Macêdo
Angiologia e C. Vascular
CRM-RR 1565


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE

Marcia Taliana da Silva 34a 11/5/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº 11/5/18
Nº 11/5/18
Nº 11/5/18

AGENTES	Nº	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30											
LIQUIDOS VENOSOS	AM	SF											
DA	240												
X	220												
ULSD	200												
ANES	180												
X	160												
OP	140												
O	120												
ASPIR.	100												
A	80												
RESP	60												
O	40												
Expost	20												
Assist													
Contro													

SIMBOLOS

1 2 3 4 5 6 7 8 9

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Amidazol	50mg	Respirometria medicada	1. Check Last Anest. OK.
B. Midazolam	2mg	bulb samples sem	2. CN O₂ 22/min
C. Clidrona	20mg	adjuvante agulha de	3. Sutura
D.		22G	Amidazol 50mg / E.V.
E.		ventilador expulso	Midazolam 2mg
F.		na v. CN O₂ 22/min	4. Aspersão + Antisséptico capes al.
G.			5. Sutura anestésica 20mg SL
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	6. heparina 1000 U/ml + epinefrina 1:1000
HDCC		Naso / Orotraqueal - Cega	7. hiperbárica 20mg
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	8. Cetablocina 2g E.V.
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	Varicectomia de Membros Inferiores		Ladanga - Espasmo - Excesso Secre
			Hemorragia - Anemia
			Buckling - Vômito
ANESTESIA	Dr. Edina	Dr. Marcia Macêdo	PELODA SANGÜINEA
	Dr. Bruno	Dr. Fabiana A. Costa	2. antipirina 300mg E.V.
			3. efedrina 10mg E.V.

Márcio Macêdo
Angiologista C. Vascular
CRM/RR 1565

EDINO ALLANINO A. SOARES
Anestesiologista - CRM 820/RR
RQE 197

19h10 X A Sala de RPA, estável
FC: 90 bpm
PA: 117 x 60 mmHg
SPO₂: 98%

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

PACIENTE: Juliano da Silva APT OU LEITO: 218-2 Nº DO PRONTUÁRIO: DATA: 11 / 05 / 19

TIPO: CIRURGIA

Unidade: MMPP

CIRURGIÃO: Dr. Marcos Maciel INICIO: 14:08 FIM: 19:20 TEMPO DE DURAÇÃO: TEMPO TOTAL:

1º AUXILIAR: Antônio Fábio EQUIPE MÉDICA: ANESTESISTA: RES. ANESTESIA: INSTRUMENTADOR: CIRCULANTE: Gilberto

2º AUXILIAR: Rogério

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS
☒	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO
☒	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
☐	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOLADO
☐	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°
☐	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N°
☒	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N° 30
☒	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°
☐	LÂMINA BISTURIN N° 11			FIO CATGUT SIMPLES N°
☐	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°
☐	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°
☐	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°
☐	SERINGA 01ML			SURGICEL
☐	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO
☐	SERINGA 05 ML			KIT CATARATAN°
☒	SERINGA 10ML		☒	GEOFORM a bolha 30 cm
☐	SERINGA 20ML		☒	ELTA CARDIACA eltrobs
			☐	OUTROS: cegonha uniao

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA		
		SUB-TOTAL	
		TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	
		SOMA	

23 AGO 2018

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Cartão e Documento que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentado neste Hospital

Scanned by CamScanner

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Flávia Juliana de Silva
Responsável Cirurgião Dr. Flávio Jacob

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☐ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica ☐ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
☒ Não ☐ Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
☒ Não

☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
☒ Não

☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Bruno Henrique Daroz
Residente Anestesiologia

Assinatura

Data 11/05/13

Hora: 16:00

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Dr. Edson R. Bruno

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

☒ 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.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☒ Sim,

Qual: Cefazolin 1g ora:

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DAS OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

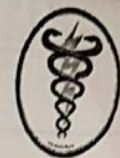
3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
☐ Sim ☐ Não

☒ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA

EVOLUÇÃO

Paciente: Suzia Souza Ferreira, 70 anos, sexo feminino, RM: 16/09/1
AC: Massa abdominal A/E, pupila isocórica, glaucoma 15
/AO = 4 /RV = 5 /RM = 6 / AVC em subclavária (6), taquicardia,
pulso, normotenso, A.A.A., respirando em ar ambiente, tórax sim-
étrico, palpito respiratório abdominal, percussão atímpanica, aus-
cultura impedida e ineficaz, não apresenta desconforto respiratório,
sem RA, hipotônica, hipotônica, RAA preservada em MMSS e
MMII, força grau 3, sensibilidade preservada, escara ausente,
hematoma presente em MMSS, edema varicela em MSD e MMII,
ulceras ausente, movimentos involuntários ausente, conduta motora
Alongamento global passivo em MMSS e MMII, mobilização
fisiológica ativo assistido em MMSS e MMII. SSVVI: FC = 104
bpm; FR = 20 ipm; PA = 140/80 mmHg / SSVVE = FC = 96 bpm; FR = 25
PA = 140/70 mmHg. Acadêmica: Januária Pereira

11.05.2018

Cir. Vascular:

Paciente submetida a varicetomia agrestar
bilateral e varicetomia altiva bilateral sob
raquianestesia. Alto em intercorrências.

CD: A JRAA

Márcio Macêdo
Angiologia e C. Vascular
CRM-RR 1565

12.05.18 Cir. Vascular:

* DA pós operatorio varicetomia MMII

Mantendo estabilidade parando bem. Bom
padrão respiratório em ar ambiente. Tolerou a
dita, minha espontaneamente. Planilha, sem
queixas. Em condições de alta

Reorientações e alta hospitalar

Márcio Macêdo
Angiologia e C. Vascular
CRM-RR 1565





PEDIDO DE PARECE

UNIDADE:

NOME: Marcos Julianus Luciano da Silva

IDADE:

REGISTRO:

BLOCO:

ENFERMARIA:

LEITO:

UTI:

EMERGÊNCIA:

DE:

C. Vascular

PARA:

Embolologia

Dados Clínicos:

Disto corrigido p/ varicostoma MORT
Disto já agado

11/05/18

Data

Márcio Macêdo
Angiologia e C.Vascular
CRM-RR 1565

Médico AUTENTICAÇÃO

23 AGO 2018

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

Embolologia 11/05/18.

- NEB. COMORBIDADES EMBOLICAS CURADAS
- NEB. MORGENSES
- Sem sintomas prévios

ECG: NRM, FC 69, DENTRO DOS LIMITES NORMAIS
UB 11,4 - PL 316.000 - GLI 87 - NM 0,98 - TTPA 30
BNF NRM 2T, FC 68, MUVA 8T 12

Apta ao Trt: NISCO 0,41.

DE LET I

Data

11/05/18

Dr. Alison Silva Siqueira
Cardiologia/Ecocardiografia
CRM-RR 1774

Médico

À

Lider Dos Consórcios do Seguro Dpvat.

Com cópias para:

SESEP – Superintendência de Seguros Privados (Órgão Fiscalizador)

CNPS – Conselho Nacional de Seguros Privados (Órgão Normativo)

Referente: Análise e pagamento do seguro obrigatório DPVAT.

Vítima: Marcia Juliana L-da Silva Sinistro: _____

Prezados Senhores,

Na qualidade de beneficiário do seguro Obrigatório DPVAT, venho por meio desta solicitar o prosseguimento da análise de meu processo, haja visto que o mesmo encontra-se com pendência e sem movimentação por parte da Seguradora pelo seguinte motivo:

- Declaração do proprietário/conductor do veículo, pelo fato da ocorrência ter sido registrada posteriormente ao acidente e/ou acidente envolvendo um único veículo.

Motivo este que não justifica, uma vez que:

A lei Nº 6.194, de 19 DE DEZEMBRO DE 1974, que dispõe sobre Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, as pessoas transportadoras ou não, nos seus artigos e parágrafos menciona:

"Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguero, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado".

"§ 1º A Indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela lei 11.482, de 2007)."

b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente no caso de danos pessoais.

"§ 4º Havendo dúvida quanto ao nexo de causa e efeito entre o acidente e as lesões, em caso de despesas médicas suplementares e invalidez permanente, poderá se acrescentado ao boletim de atendimento hospitalar relatório de internamento ou tratamento, se houver fornecimento pela rede hospitalar e previdenciária, mediante pedido verbal ou escrito, pelos interessados em formulário próprio da entidade fornecedora. (Incluído pela lei nº 8.441, de 1992).

DOCUMENTO
ORIGINAL
13 AGO. 2018

À

Lider Dos Consórcios do Seguro Dpvat.

Com cópias para:

SESEP – Superintendência de Seguros Privados (Órgão Fiscalizador)

CNPS – Conselho Nacional de Seguros privados (Órgão Normativo)

Referente: Análise e pagamento do seguro obrigatório DPVAT.

Vitima: Marcia Juliana L. da Silva Sinistro: _____

Prezados Senhores,

Na qualidade de beneficiário do seguro Obrigatório DPVAT, venho por meio desta solicitar o prosseguimento da análise de meu processo, haja visto que o mesmo encontra-se com pendência e sem movimentação por parte da Seguradora pelo seguinte motivo:

- Declaração do proprietário/conductor do veículo, pelo fato da ocorrência ter sido registrada posteriormente ao acidente e/ou acidente envolvendo um único veículo.

Motivo este que não justifica, uma vez que:

A lei Nº 6.194, de 19 DE DEZEMBRO DE 1974, que dispõe sobre Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, as pessoas transportadoras ou não, nos seus artigos e parágrafos menciona:

“Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguero, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado”.

“§ 1º A Indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela lei 11.482, de 2007).”

b) Prova das despesas efetuadas pela vitima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente no caso de danos pessoais.

“§ 4º Havendo dúvida quanto ao nexo de causa e efeito entre o acidente e as lesões, em caso de despesas médicas suplementares e invalidez permanente, poderá se acrescentado ao boletim de atendimento hospitalar relatório de internamento ou tratamento, se houver fornecimento pela rede hospitalar e previdenciária, mediante pedido verbal ou escrito, pelos interessados em formulário próprio da entidade fornecedora. (Incluído pela lei nº 8.441, de 1992).

DOCUMENTO
ORIGINAL
13 AGO. 2018

"Art. 11. A sociedade seguradora que inferir as disposições desta lei estará sujeita às penalidades previstas no art. 108 do Decreto-Lei N 73, de 21 de novembro de 1996, de acordo com a gravidade da irregularidade, observado o disposto no art. 118 do referido Decreto-Lei. (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)."

Diante do exposto, me coloco a disposição para esclarecer evidências dúvidas acerca do acidente ocorrido, e que se a Seguradora tiver qualquer dúvida, que seja feita uma sindicância para verificar a veracidade dos documentos apresentados, uma vez que, o Seguro DPVAT trata-se de um Seguro de "cunho social", com o objetivo de amparar as vítimas e beneficiários que dele necessita. Por fim, com o objetivo de permitir o pedido de indenização do Seguro DPVAT, para então fazer a liberação da indenização do seguro obrigatório Dpvat.

Atenciosamente,

Local e data: Boa Vista, RR 11/06/2018



Marcia Juliana Luciano da Silva

ASSINATURA

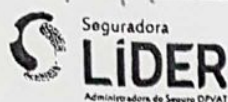
RG: 253-750

CPF: 799.403.582-53



Handwritten signature: Mariana Oliveira de Aquino
Escritor Autorizada

DOCUMENTO
ORIGINAL
13 AGO. 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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Ilber Inácio de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 983.051.532 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcia Juliana Luciano da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 799.403.582 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima Marcia Juliana Luciano da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 799.403.582 / 53 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 Góes</u>		Número <u>1832</u>	Complemento <u>Ap-04</u>
Bairro <u>Boa Vista</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>ilberin@bolmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95) 99154-4282</u>

Boa Vista-RR de Agosto de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017

DOCUMENTO
ORIGINAL
13 AGO. 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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: 799.403.582-53
Nome completo da vítima: Marcia Juliana Luciano da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Marcia Juliana Luciano da Silva	CPF titular da conta	799.403.582-53	Profissão	
Endereço	Rua Jose Hamilton Godim	Número	125	Complemento	
Bairro	Ailton Rocha	Cidade	Boa Vista	Estado	Roraima
E-mail	doorn@hotmail.com	CEP	69-318-768	Telefone (DDD)	(95) 3311-4252

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)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 3027	D/V	CONTA NRO. 64411	D/V 8
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
		BANCO Nome	NRO
		AGÊNCIA NRO.	D/V
		CONTA NRO.	D/V
		(Informar dígito se existir)	

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

Boa Vista, 11 de Junho de 2018

Local e Data

Marcia Juliana Luciano 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 interdita 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

Marcia Juliana Luciano da Silva

CPF da Vítima

799.403.532-53

Data do Acidente

04/05/2018

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 Lider 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, 11 de Junho de 2018

Local e Data

* Marcia Juliana Luciano da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

IMPRESSO EM 08/03/2019

DALI.001 V001/2017

DOCUMENTO
ORIGINAL
13 AGO. 2018



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: MARCIA JULIANA LUCIANO DA SILVA
Nº Sinistro: 3180369617
Vítima: MARCIA JULIANA LUCIANO DA SILVA
Data do Acidente: 04/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180369617**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01529/01530 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13537982

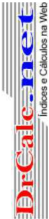
Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
R. Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



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					



Cálculo de Atualização Monetária

Descrição do cálculo		Dados básicos informados para cálculo	
Valor Nominal	R\$ 4.725,00	IPCA-E (EBGE) - Calculado pro-rata die.	
Indexador e metodologia de cálculo	4/5/2018 a 1/3/2019	1 % a.m. compostos	
Período da correção	4/5/2018 a 1/3/2019		
Taxa de juros (%)			
Período dos juros			

Fator de correção do período		Dados calculados	
Percentual correspondente	301 dias		1,033913
Valor corrigido para 1/3/2019	301 dias	(=)	3,291311 %
Juros(301 dias-10,49886%)		(+)	R\$ 4.885,24
Sub Total		(=)	R\$ 512,89
Valor total		(=)	R\$ 5.398,13

Valor Inicial		Memória analítica do cálculo	
Data Inicial	4.725,00		
Data final	4/5/2018		
Periodicidade	1/3/2019		
Metodologia de cálculo	Mensal		
	Calculado pro-rata die.		

Termo inicial	Variação do período	Valor
4/5/2018	0,1264 (%)	4.730,97
1/6/2018	1,1100 (%)	4.783,49
1/7/2018	0,6400 (%)	4.814,10
1/8/2018	0,1300 (%)	4.820,36
1/9/2018	0,0900 (%)	4.824,70
1/10/2018	0,5800 (%)	4.852,68
1/11/2018	0,1900 (%)	4.861,90
1/12/2018	-0,1600 (%)	4.854,12
1/1/2019	0,3000 (%)	4.868,69
1/2/2019	0,3400 (%)	4.885,24

Juros(301 dias-10,49886%)		Acréscimos de juro, multa e honorários	
Sub Total	(+)		R\$ 512,89
	(=)		R\$ 5.398,13
Valor total		(=)	R\$ 5.398,13

Retornar

Imprimir