



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA

4ª Vara Cível

Processo 0810810-91.2019.8.23.0010

Comarca: BOA VISTA

Data de Autuação: 08/04/2019 **Situação:** Público

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Data Distribuição: 08/04/2019 **Tipo Distribuição:** Distribuição Automática

Parte(s) do Processo

Tipo: Promovente

Nome: WELLER MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA

Data de Nascimento: Não cadastrada **RG:** 358059-8 SSP/RR **CPF/CNPJ:** 020.283.572-31

Advogado(s) da Parte

2045NRR ANDRÉ CARLOS ISRAEL

1018NRR ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS

Tipo: Promovido

Nome: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

Data de Nascimento: Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 09.248.608/0001-04

Advogado(s) da Parte

134307NRJ JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

08/04/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL.

Data: 08/04/2019

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL

Por: ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição Inicial
- Procuração
- Declaração de Hipossuficiência
- Documentação Pessoal
- Substabelecimento
- Comprovante de Residência
- Boletim de Ocorrência
- Documentação Médica Completa
- Pedido do Seguro DPVAT
- Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro
- Autorização de Pagamento de Sinistro
- Declaração de Ausência de Laudo do IML
- Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro
- Indeferimento de Pedido de Seguro DPVAT
- Tabela DPVAT
- Cálculo de Atualização Monetária



**MERITÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DA __^a VARA CÍVEL
RESIDUAL DA COMARCA DE BOA VISTA – RR**

WELLEN MÁRCIO MEDEIROS CIRQUEIRA, brasileiro, solteiro, estudante, portador do RG nº. 358.059, SSP/RR, inscrito no CPF/MF sob o nº. 020.283.572-31, residente e domiciliado na Rua São Mateus, nº. 131, CEP nº. 69.312-371, Bairro Alvorada, situado no Município de Boa Vista/RR, portador do endereço eletrônico medeiroswelenmarcio@gmail.com, e do telefone (95) 3131-1887, vem, através de seus Advogados ao final assinado, apresentar a seguinte

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

Em desfavor de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, nº. 74, 5º Andar, Centro, CEP nº. 20.031-205, situado no Município de Rio de Janeiro/RJ, pelos motivos fáticos e jurídicos aduzidos.



I – DOS FATOS

O Requerente, de acordo com cópia do Boletim de Ocorrência nº. 043215/2018, no dia 22 de julho de 2018, às 21h30min, se deslocava na Motocicleta Marca Honda, Modelo 150 Titan ESD, ano 2011/2011, placas NAN-7704, Cor Vermelha, Código RENAVAM 00322671094, Chassi 9C2KC1650BR506098, e parou no semáforo situado no cruzamento da Avenida Nazaré Filgueiras com a Avenida Ataíde Teive.

Assim, no momento em que o sinal do semáforo ficou verde, o Requerente avançou e acabou colidindo na traseira de um veículo Gol, imaginando que o referido automóvel avançaria também, tendo sofrido diversas lesões corporais e, posteriormente, resgatado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para encaminhamento ao Hospital Geral de Roraima (HGR).

Deste modo, o Requerente foi atendido no HGR no mesmo dia, gerando-se a Ficha de Atendimento nº. 1800985133, na qual se constatou fratura do tendão da mão esquerda, permanecendo internado por 20 (vinte) dias e então submetido à cirurgia de religamento do tendão, ratificando o grau intenso da lesão.

Após tal fato, o Requerente se dirigiu à Seguradora Requerida, para obter os valores referentes ao Seguro Obrigatório por Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT), no valor de R\$ 7.087,50 (sete mil oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Por fim, a Empresa Requerida ainda não realizou o pagamento do Seguro DPVAT, se sentindo a Requerente compelido a ingressar com a presente medida judicial, objetivando recebimento da importância do Seguro DPVAT.



II – DO DIREITO

II.1 – DA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO DE JUSTIÇA GRATUITA

O Requerente, por meio de seu Representante Legal, não dispõe de meios suficientes para arcar com o ônus do pagamento de custas processuais e honorários advocatícios, requer, à Vossa Meritíssima, concessão dos benefícios da Justiça Gratuita, conforme o artigo 4º, da Lei nº. 1.060, de 05 de fevereiro de 1950:

Art. 4º. A parte gozará dos benefícios da assistência judiciária, mediante simples afirmação, na própria petição inicial, de que não está em condições de pagar as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo próprio ou de sua família;

O direito à Justiça Gratuita também está previsto na Constituição Federal da República Federativa de 1988 (CF/88), no seu artigo 5º, LXXIV, assegurando que “[...] o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovaram insuficiência de recursos”, respaldando-se também na seguinte jurisprudência:

JUSTIÇA GRATUITA. DECLARAÇÃO DE POBREZA. A declaração de pobreza feita na petição inicial é suficiente para o deferimento da gratuitade judiciária ao reclamante, momente se inexiste prova em contrário e se o procurador do autor possui poderes específicos para firmar tal declaração [...]. (TRT-4, 12ª Vara de Porto Alegre, Recurso Ordinário 1357006120095040012, Rel. Raul Zoratto Sanvicente, Julgamento: 21.07.2011).

Logo, considerando os ditames do artigo 5º, LXXIV, da CF/88, o artigo 4º, da Lei 1.060/50, e a jurisprudência supracitada, reputa-se procedente o presente pleito, requerendo à Vossa Meritíssima o seu deferimento, visto que o Requerente não possui condições financeiras de arcar com os encargos processuais, visto que o mínimo dispêndio de capital desestabilizaria e comprometeria a situação financeira de sua família.



II.2 – DO SEGURO DPVAT

O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores Terrestres (DPVAT) foi criado Lei nº. 6.194, de 19 de dezembro de 1974, modificado, atualmente, pela Lei nº. 11.945, de 24 de junho de 2009, a qual determina que todos os veículos automotores, paguem anualmente uma taxa que garante, na ocorrência de acidentes, o recebimento de indenização, em caso de ferimento ou morte.

Desta maneira, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, em conformidade aos artigos 2º e 3º, III, da Lei nº. 6.194/74, valendo trazer à baila seu teor:

Art. 2º. Fica acrescida ao artigo 20, do Decreto-Lei nº. 73, de 21 de novembro de 1966, a alínea "I" nestes termos:

"Art. 20, I – Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas não transportadas ou não.

Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

[...]

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

Assim, considerando que o Requerente sofreu traumatismo em nível intenso na mão esquerda, ocasionando fratura de tendão nesta região, faz jus ao recebimento do valor de R\$ 7.087,50 (sete mil oitenta e sete reais e cinquenta centavos), conforme a Tabela DPVAT e a seguinte jurisprudência:

AGRAVO INTERNO (ART. 1.021 DO CPC). AÇÃO DE COBRANÇA SECURITÁRIA (DPVAT). SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA DECISÃO MONOCRÁTICA QUE CONHECEU DO RECURSO DE APelação DA DEMANDADA E NEGOU-LHE PROVIMENTO. RECURSO DA REQUERIDA. PRETENDIDO RECONHECIMENTO DA PRESCRIÇÃO DA PRETENSÃO



AUTORAL. ALEGADA NOTORIEDADE DA INVALIDEZ DECORRENTE DE AMPUTAÇÃO DE UM DOS DEDOS DA MÃO DIREITA. INSUBSTÊNCIA. PRAZO TRIENAL (ART. 206, § 3º, IX, DO CÓDIGO CIVIL). CONTAGEM DO LAPSO PRESCRICIONAL APÓS A CIÊNCIA INEQUÍVOCA DA INVALIDEZ PELO SEGURADO. PERDA FUNCIONAL SOFRIDA PELA PARTE AUTORA, NA HIPÓTESE, DECORRENTE NÃO SOMENTE DA AMPUTAÇÃO, MAS TAMBÉM DE PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DA MÃO DIREITA EM RAZÃO DE OUTRAS LESÕES. CIÊNCIA INEQUÍVOCA DA INVALIDEZ SOMENTE APÓS A REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA JUDICIAL. EXEGESE DA SÚMULA 573 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. LAPSO PRESCRICIONAL NÃO EXAURIDO. REQUERIMENTO DE MANIFESTAÇÃO JUDICIAL PARA FINS DE PREQUESTIONAMENTO DE DISPOSITIVOS LEGAIS. DESCABIMENTO. PROVIDÊNCIA DE OFÍCIO. INSURGÊNCIA MANIFESTAMENTE DESPROPOSITADA. APLICAÇÃO DE MULTA CORRESPONDENTE A 5% (CINCO POR CENTO) DO VALOR ATUALIZADO DA CAUSA. PRECEDENTES DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. DECISÃO MANTIDA. (TJ-SC - AGT: 03012595620158240011 Brusque 0301259-56.2015.8.24.0011, Relator: Denise Volpato, Data de Julgamento: 19/03/2019, Sexta Câmara de Direito Civil)

Assim, é entendimento já pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP:

FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE DO VEÍCULO. IRRELEVÂNCIA. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso torna-se a imposição de limites por Resolução. (Acórdão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ-MA em 06/07/01).

Logo, os fundamentos fáticos e os documentos anexados ratificam, de forma inequívoca, a ocorrência do sinistro, bem como o nexo de causalidade entre o fato e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório, nos termos do art. 5º, *caput*, da Lei nº 6.194/74:

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 resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.



Ademais, conforme o artigo 5º, § 7º, tais valores, na hipótese de não pagamento, deverão ser adimplidos com os devidos juros e correções monetárias, desde a data do acidente até o ajuizamento da demanda judicial:

§ 7º. Os valores correspondentes às indenizações, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, sujeitam-se à correção monetária segundo índice oficial regularmente estabelecido e juros moratórios com base em critérios fixados na regulamentação específica de seguro privado.

Por fim, em conformidade à jurisprudência seguinte, ratifica-se a hipótese da incisão de juros e correção monetária sobre o valor do seguro obrigatório, contada a partir da data do acidente:

AGRAVO REGIMENTAL EM AGRAVO (ART. 544 DO CPC). REPARAÇÃO DE DANOS PELO PROCEDIMENTO SUMÁRIO. ATROPELAMENTO. CULPA DA EMPRESA DE ÔNIBUS. NÃO COMPROVAÇÃO DO RECEBIMENTO DO DPVAT. JUROS DE MORA FIXADOS A PARTIR DO EVENTO DANOSO. INSURGÊNCIA DA RÉ. 1. A conclusão a que chegou o Tribunal local - acerca da responsabilidade civil da agravante e do recebimento do seguro DPVAT - decorreu da análise das provas, cuja revisão é vedada, em sede de recurso especial, em face do óbice da Súmula n. 7 do STJ. 2. Ademais, em relação ao DPVAT, incide o óbice da Súmula n. 283 do STF, pois é inadmissível o recurso especial que não impugna fundamento do acórdão recorrido apto, por si só, a manter a conclusão a que chegou a Corte de origem. 3. Em se tratando de responsabilidade extracontratual, os juros moratórios incidem desde o evento danoso, inclusive sobre o valor dos danos morais. Enunciado 54 da Súmula do STJ. 4. Arts. 389 do Código Civil e 333, I, II, do Estatuto Processual Civil. Ausência de prequestionamento. Súmula n. 282 do STF. (STJ - AgRg no AREsp: 269079 RJ 2012/0261937-8, Relator: Ministro MARCO BUZZI, Data de Julgamento: 24/09/2013, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: Dje 11/10/2013).

Portanto, de acordo com os fatos relatados, bem como conforme os artigos 3º, II, e 5º, § 7º, da Lei nº. 6.194/74, e as jurisprudências pertinentes ao recebimento do valor referente ao Seguro DPVAT com a devida correção monetária, o Requerente faz jus ao valor de **R\$ 7.898,56 (sete mil oitocentos e noventa e oito reais e cinquenta e seis centavos)**.



III – DO PEDIDO

Diante os fatos e os fundamentos jurídicos expostos, requer, à Vossa Meritíssima, os seguintes pleitos:

- a)** Citação da Seguradora Requerida ao comparecimento das audiências de Conciliação, Instrução e Julgamento, conforme o artigo 75, VIII, do CPC, para, querendo, contestar os termos da presente ação no prazo legal, advertindo-se que os fatos articulados e não contrariados especificadamente serão considerados verdadeiros, aplicando-se então as penas de revelia e confissão;
- b)** Concessão do direito à Justiça Gratuita, tendo em vista que o Requerente não está em condições de pagar custas processuais e demais encargos judiciais sem prejuízo próprio ou de sua família, conforme estabelece o artigo 5º, LXXIV, da CF/88, e o artigo 4º, da Lei nº. 1.060/50;
- c)** Realização de perícia médica pertinente, avaliando-se o local e o grau da lesão sofrida pelo Requerente, e, posteriormente, ratificando ou corrigindo o valor calculado na exordial;
- d)** Julgamento procedente da ação, condenando, deste modo, a Seguradora Requerida ao pagamento do Seguro DPVAT na importância total de **R\$ 7.898,56 (sete mil oitocentos e noventa e oito reais e cinquenta e seis centavos)**, bem como ao pagamento das custas processuais e honorários sucumbenciais, no importe de 20% (vinte por cento) sobre o valor da causa, conforme artigo 85, § 2º, do CPC.

Por fim, pretende ratificar o alegado por todos os meios de prova em Direito admitidos, especialmente através de juntada de documentos, depoimento das partes e depoimento pessoal do Representante Legal da Seguradora Requerida, frisando que as provas juntadas são claríssimas e irrefutáveis.



Dá-se a causa o valor de R\$ 7.898,56 (sete mil oitocentos e noventa e oito reais e cinquenta e seis centavos).

Nestes termos,

Pede deferimento.

Boa Vista/RR, 08 de abril de 2019.

ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS

Advogado OAB/RR nº. 1018-N

ANDRÉ CARLOS ISRAEL

Advogado OAB/RR nº. 2045-N



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, WELDEN MÁRCIO M. CIPUINA PROFISSÃO: ESTUDANTE
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO FONE: 3131-1887
E-MAIL: weldenmattosmario@gmail.com RG: 358.059
SSP- RJ e CPF: 020.283.572-31, RESIDENTE A
RUA: 540 MATRUS N° 131,
BAIRRO: CINTURÃO VERDE, representando o
menor: _____ pelo

presente instrumento procuratório, nomeia e constitui, como seu procurador, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere 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, 03 de MARÇO de 2019.

Welden Márcio M. Cipuina
Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: WELLEN MATEUS NEGRINOS CARVALHO
ESTADO CIVIL: HOMEM PROFISSÃO: ESTURANTE
RG N° 358.059 SSPI RR CPF: 020.283.572-31
ENDEREÇO: RUA SÃO MATEUS 131 CINTURÃO VERDE

declaro, para os devidos fins, que não posso possuir 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, 03 de MARÇO de 2019.

* Wellen Mateus M. Carvalho



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

020.283.572-31

Nome

WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA

Nascimento
15/07/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



8421-3

2414-7

paupanca

| | |
|--|--------------------|
| QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO | |
|  | |
| WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA | |
| INSCRIÇÃO CIRQUEIRA NOME DA UNIDADE FEDERATIVA NASCIMENTO: 11/03/1984 ENDERÇO: R. SAMBABA NATURALIDADE: BIA Vista DOCUMENTO DE IDENTIDADE: RG 099-223-77-22 TIPO: FEBRAS DATA DE EMISSÃO: 07/07/2010 | |
| ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE | |
| FEIJO | PARA |
| DATA EMISSÃO DO DOCUMENTO | DATA DE VENCIMENTO |
| NAME | DOCUMENTO |
| NAME | DOCUMENTO |
| LEGENDA | |

28 NOV. 2018

| | |
|--|--|
| TRABALHADOR | |
| É a 10ª Carteira de Trabalho e Previdência Social emitida pelo Sr. Presidente Getúlio Vargas, no nº 12.025 de 29 de outubro de 1945, para o Sr. Getúlio Vargas, de 01.05.1945, com duração de 1000 dias, para exercer profissão de qualificação empreendedor profissional. | |
| Nela descreve-se resumidamente todos os direitos do empregado e os direitos e deveres para o funcionamento de suas direitos, perante o empregador, bem como para a constituição de assistências e demais benefícios sociais, bem como para a constituição do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS. | |
| O CONJUNTO de instituições constante neste documento é o seu estudo de que é exiguo, esclarecendo a cada empregado suas atividades e direitos que lhe pertencem. | |
| Fica este ato assinado e registrado, promulgado e expedido, para efeitos de certidão e registro de sua validade, e a certa data, por representante da Administração de seu Poder, como trabalhador, cidadão, contribuinte para Previdência, o seu natural e de seus dependentes, bem como para a constituição de documento de identificação. | |
| CONFERENCIA-SE COM RECURSOS DO FGTS - FUNDO DE GARANTIA DO TRABALHADOR | |
| VISITE O PORTAL: SITE: www.mte.gov.br | |

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP: 126.60228.65-5

NOME: 6259155
0030
RR

Assinatura do Titular

Identidade





SUBSTABELECIMENTO

Eu, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o n.º 1018-N, substabeleço a **ANDRÉ CARLOS ISRAEL**, advogado inscrito na OAB/RR sob o n.º 2045-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, situado no Município de Boa Vista/RR, os poderes que me foram outorgados por **WELLEN MÁRCIO MEDEIROS CIRQUEIRA**, brasileiro, solteiro, estudante, portador do RG nº. 358.059, SSP/RR, inscrito no CPF/MF sob o nº. 020.283.572-31, residente e domiciliado na Rua São Mateus, nº. 131, CEP nº. 69.312-371, Bairro Alvorada, situado no Município de Boa Vista/RR, portador do endereço eletrônico medeiroswelenmarcio@gmail.com, e do telefone (95) 3131-1887.

Boa Vista/RR, 03 de março de 2019.

ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS

Advogado OAB/RR n.º 1018-N



ACESSE OI.COM.BR/MINHAOI E USE A INTERNET PARA:
ACESSE OI.COM.BR/MINHAOI

- Fazer sua adesão à Conta Online
- Emitir 2ª via da Conta
- Consultar o saldo de bairros para pagamento
- Acompanhar o consumo
- Recarregar a Pré-Paga
- Consultar seu saldo no Di Ponto

E TUDO MAIS FÁCIL.
NA MINHA OI



01

COD ASA BRANCA RR
WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUERA
S MATEUS 131
CINTURAO VERDE
69312-371 - BOA VISTA - RR

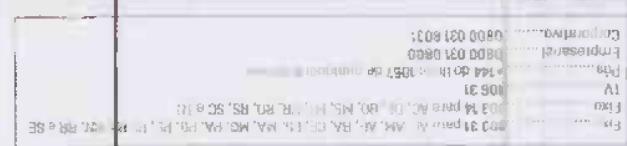


7213612820 27678 00004231089 30 090876



28 NOV. 2018

ANATEL - 1331



SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR:

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--|--|---|--|--------------------------------------|--|--|--|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01. MUDOU-SE | <input type="checkbox"/> 07. AUSENTE | <input type="checkbox"/> 02. ENDEREÇO INSUFICIENTE | <input type="checkbox"/> 08. NÃO PROCURADO | <input type="checkbox"/> 03. NÃO EXISTE NOME/ENDEREÇO | <input type="checkbox"/> 10. OBJETO DANIFICADO | <input type="checkbox"/> 04. FALCIDO | <input type="checkbox"/> 11. END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE | <input type="checkbox"/> 12. FALTA COMPLETAMENTE COLLETIV/GU | <input type="checkbox"/> 13. CAIXA POSTAL CANELADA | <input type="checkbox"/> 06. RECUSADO | <input type="checkbox"/> 05. DESCONHECIDO | <input type="checkbox"/> 09. RECLAMAÇÃO |
| RENTEGRADDO AO SERVIÇO POSTAL EM: | | | | | | | | | | | | |
| / / / | | | | | | | | | | | | |
| RUBRICA DO RESPONSÁVEL: | | | | | | | | | | | | |
| / / / | | | | | | | | | | | | |
| MATRÍCULA: | | | | | | | | | | | | |



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 043215/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2018 21:58 Data/Hora Fim: 27/11/2018 22:04
Delegado de Polícia: Eliane Gonçalves

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 22/07/2018 21:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: ATAIDE TEIVE / S 4

Bairro: Alvorada

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza | Méio(s) Empregado(s) |
|---|----------------------|
| 1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB) | Não Houve |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR.)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: WELLÉN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA (VITIMA / COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc. 15/07/1995

Profissão: Desempregado

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Eliane da Silva Medeiros

Nome do Pai: Jose Araujo Cirqueira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 3580598

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 020.283.572-31

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua são mateus

Bairro: cinturão verde

Telefone: (95) 99131-1887 (Celular)

Nº: 131

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAN7704

Número do Chassi *****06098

Ano/Modelo Fabricação 2011/2011

Cor Vermelha

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD

Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 043215/2018

| Situação: Envolvido | Nome Envolvido | Envolvimentos |
|---------------------|---------------------------------|---------------|
| | Wellen Mário Medeiros Cirqueira | Possuidor |

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que trafegava conduzindo a motocicleta HONDA TITAN 150 MIX, de placa NAN7704, quando colidiu na traseira de um veículo GOL, de placa não identificada, de cor PRATA, e caiu ao chão, que sofreu lesões corporais, que foi removido pelo SAMU para o PSE/HGRR.

ASSINATURAS

N/I 

Jeovanildo Cardoso
Responsável pelo Atendimento


Wellen Mário Medeiros Cirqueira
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) unico(a) responsável pelas informações acima assentadas e elas que podem responder civil e criminalmente pelo presente documento que é de fato, conforme previsto nos Artigos 320-Denúncia/Julgamento e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 022/2019/DAT - Boa Vista - RR, em 08/01/2019.

COMUNICANTE: WELLÉN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA
RG: 358059-8 EXP.: SSP/RR CPF: 020.283.572-31
ENDEREÇO: RUA SÃO MATEUS, N° 131, BAIRRO CINTURÃO VERDE
CIDADE: BOA VISTA ESTADO : RR
SEXO: MASCULINO PROFISSÃO: ESTUDANTE
NATURALIDADE: BOA VISTA ESTADO: RR DATA DE NASCIMENTO: 15/07/1995
IDADE: 23 ANOS GRAU DE INST: ENSINO MÉDIO COMPLETO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: 33131-1887 N° REG. CNH: NÃO POSSUI
NOME DO PAI: JOSÉ ARAÚJO CIRQUEIRA
NOME DA MÃE: ELIENE DA SILVA MEDEIROS

Senhor Delegado venho comunicar que por volta das 21h30min, 22/07/2018, na Avenida Ataíde Teive esquina com Avenida Nazaré Filgueiras, bairro Senador Hélio Campos, nesta capital.

O comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados conduzia a motocicleta HONDA CG 150 TITAN ESD, cor vermelha, placa NAN7704, renavam 00322671094, chassi 9C2KC1650BR506098, de propriedade de ANDERSON RAFAEL DE MELO DUARTE; QUE vinha na Ataíde Teive em direção Centro; QUE estava parado no sinal; QUE o sinal abriu porém o veículo que estava parado, VW GOL, cor prata, na sua frente não andou; QUE todos os veículos começaram a andar menos o GOL; QUE, na creça com o impacto, sofreu fratura do tendão da mão esquerda; QUE foi levado para o HGR pelo SAMU; QUE o veículo GOL permaneceu no local; QUE não se recorda da PM ter ido ao hospital por cerca de 20 dias entre internações diversas e cancelamento de cirurgias; QUE realizou cirurgia de religamento do tendão da mão esquerda; QUE este B.O. é para fins do seguro DPVAT.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito Com Vítima.

Wellen Marcio Medeiros
Priscila Carneiro
Agente de Polícia Civil
Matrícula 042000912

PRISCILA OSÓRIO CARNEIRO

Agente de Polícia

Wellen Marcio Medeiros, Cirqueira
WELLÉN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA

Comunicante

O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas é ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei ontem, conforme previsto nos Artigos 339-denúncia caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
Endereço: Av. Capitão Júlio Bezerra, 343 Centro
Boa Vista - Roraima - Brasil



GOVERNO DE RORAIMA
AMAZÔNIA: MATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

NOME:

Wellen Marcos Medeiros
Organei

RECEBIMENTO

10000

Facente opção de
Extinção da Fazenda
Aqualauar em Oeiva

Locação
Lote 260 Dto 5

280818
DATA

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Mota, 636 - Centro-Bon Vista RR
CEP: 69.301-150 - CNPJ 44.013.108/0001-08

Carlos Henrique da Rosa
Médico
CRM-RR 4022
Assinatura do Ministro

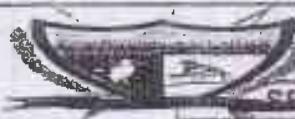
F
Mta 25/04

| | | | | |
|--|---------------------|--|--|--|
| 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 | | 6 - N.º DO PRONTUÁRIO | | |
| 7 - GÊNERO NACIONAL DE SALVAMENTO | | 7 - DATA DE NASCIMENTO | | |
| 8 - NOME DA MAE OU DA RESPONSÁVEL | | 8 - 45/07/95 | | |
| 9 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) | | 9 - SEXO | | |
| 10 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | 11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE | | |
| 12 - 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | 14 - COD. BEM MUNICÍPIO | | |
| 15 - 16 - DEP | | 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS | | |
| <p style="text-align: center;">JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</p> <p>Pai est. gru de Tancos estom. desco. Rec</p> | | | | |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | | | | |
| <p style="text-align: center;">Hs em p.</p> | | | | |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES E/OU EXAMENES) | | | | |
| <p style="text-align: center;">Enem fui</p> | | | | |
| 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO | | | | |
| <p style="text-align: center;">Hs em p.</p> | | | | |
| 21 - CODIGO CID 22 - CID 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS | | | | |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROcedimento SOLICITADO | | | | |
| 25 - CODIGO DO PROCEDIMENTO | | | | |
| 26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | | | | |
| 28 - DOCUMENTO () CNS () CPF | | | | |
| 29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | | | | |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE | | | | |
| 31 - DATA 32 - AUTORIZAÇÃO 33 - AUTORIZAÇÃO DO REGISTRO DO CONSELHO | | | | |
| 34 - ACIDENTE DE TRABALHO 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 36 - CNPJ DA SEGURADORA | | | | |
| 37 - N.º DO BILHETE 38 - SÉRIE | | | | |
| 39 - CNPJ EMPRESA | | | | |
| 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CEOR | | | | |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA | | | | |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | | | |
| 44 - AUTORIZAÇÃO 45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | | | | |
| 46 - DOCUMENTO () CNS () CPF | | | | |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARTEIRA DE REGISTRO DO CONSELHO | | | | |

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

| | | | |
|-----------------------------|---|--------------------------|-----------------|
| UNIDADE/SETOR: | <i>Hospital Manoel Alves Soárez</i> | | |
| NOME DO PACIENTE: | <i>Walter Henrique Magalhães Cipriano</i> | | |
| PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: | | | |
| DATA/HORA: | PRESCRIÇÃO: | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: | |
| | <i>01/04/19</i> | <i>MANHÃ</i> | <i>01/04/19</i> |
| | <i>06:00</i> | <i>06:18</i> | <i>06:18</i> |
| | <i>06:18</i> | <i>06:24</i> | <i>06:24</i> |
| | <i>06:24</i> | <i>06:30</i> | <i>06:30</i> |
| | <i>06:30</i> | <i>06:36</i> | <i>06:36</i> |
| | <i>06:36</i> | <i>06:42</i> | <i>06:42</i> |
| | <i>06:42</i> | <i>06:48</i> | <i>06:48</i> |
| | <i>06:48</i> | <i>06:54</i> | <i>06:54</i> |
| | <i>06:54</i> | <i>07:00</i> | <i>07:00</i> |
| | <i>07:00</i> | <i>07:06</i> | <i>07:06</i> |
| | <i>07:06</i> | <i>07:12</i> | <i>07:12</i> |
| | <i>07:12</i> | <i>07:18</i> | <i>07:18</i> |
| | <i>07:18</i> | <i>07:24</i> | <i>07:24</i> |
| | <i>07:24</i> | <i>07:30</i> | <i>07:30</i> |
| | <i>07:30</i> | <i>07:36</i> | <i>07:36</i> |
| | <i>07:36</i> | <i>07:42</i> | <i>07:42</i> |
| | <i>07:42</i> | <i>07:48</i> | <i>07:48</i> |
| | <i>07:48</i> | <i>07:54</i> | <i>07:54</i> |
| | <i>07:54</i> | <i>08:00</i> | <i>08:00</i> |
| | <i>08:00</i> | <i>08:06</i> | <i>08:06</i> |
| | <i>08:06</i> | <i>08:12</i> | <i>08:12</i> |
| | <i>08:12</i> | <i>08:18</i> | <i>08:18</i> |
| | <i>08:18</i> | <i>08:24</i> | <i>08:24</i> |
| | <i>08:24</i> | <i>08:30</i> | <i>08:30</i> |
| | <i>08:30</i> | <i>08:36</i> | <i>08:36</i> |
| | <i>08:36</i> | <i>08:42</i> | <i>08:42</i> |
| | <i>08:42</i> | <i>08:48</i> | <i>08:48</i> |
| | <i>08:48</i> | <i>08:54</i> | <i>08:54</i> |
| | <i>08:54</i> | <i>09:00</i> | <i>09:00</i> |
| | <i>09:00</i> | <i>09:06</i> | <i>09:06</i> |
| | <i>09:06</i> | <i>09:12</i> | <i>09:12</i> |
| | <i>09:12</i> | <i>09:18</i> | <i>09:18</i> |
| | <i>09:18</i> | <i>09:24</i> | <i>09:24</i> |
| | <i>09:24</i> | <i>09:30</i> | <i>09:30</i> |
| | <i>09:30</i> | <i>09:36</i> | <i>09:36</i> |
| | <i>09:36</i> | <i>09:42</i> | <i>09:42</i> |
| | <i>09:42</i> | <i>09:48</i> | <i>09:48</i> |
| | <i>09:48</i> | <i>09:54</i> | <i>09:54</i> |
| | <i>09:54</i> | <i>10:00</i> | <i>10:00</i> |
| | <i>10:00</i> | <i>10:06</i> | <i>10:06</i> |
| | <i>10:06</i> | <i>10:12</i> | <i>10:12</i> |
| | <i>10:12</i> | <i>10:18</i> | <i>10:18</i> |
| | <i>10:18</i> | <i>10:24</i> | <i>10:24</i> |
| | <i>10:24</i> | <i>10:30</i> | <i>10:30</i> |
| | <i>10:30</i> | <i>10:36</i> | <i>10:36</i> |
| | <i>10:36</i> | <i>10:42</i> | <i>10:42</i> |
| | <i>10:42</i> | <i>10:48</i> | <i>10:48</i> |
| | <i>10:48</i> | <i>10:54</i> | <i>10:54</i> |
| | <i>10:54</i> | <i>11:00</i> | <i>11:00</i> |
| | <i>11:00</i> | <i>11:06</i> | <i>11:06</i> |
| | <i>11:06</i> | <i>11:12</i> | <i>11:12</i> |
| | <i>11:12</i> | <i>11:18</i> | <i>11:18</i> |
| | <i>11:18</i> | <i>11:24</i> | <i>11:24</i> |
| | <i>11:24</i> | <i>11:30</i> | <i>11:30</i> |
| | <i>11:30</i> | <i>11:36</i> | <i>11:36</i> |
| | <i>11:36</i> | <i>11:42</i> | <i>11:42</i> |
| | <i>11:42</i> | <i>11:48</i> | <i>11:48</i> |
| | <i>11:48</i> | <i>11:54</i> | <i>11:54</i> |
| | <i>11:54</i> | <i>12:00</i> | <i>12:00</i> |
| | <i>12:00</i> | <i>12:06</i> | <i>12:06</i> |
| | <i>12:06</i> | <i>12:12</i> | <i>12:12</i> |
| | <i>12:12</i> | <i>12:18</i> | <i>12:18</i> |
| | <i>12:18</i> | <i>12:24</i> | <i>12:24</i> |
| | <i>12:24</i> | <i>12:30</i> | <i>12:30</i> |
| | <i>12:30</i> | <i>12:36</i> | <i>12:36</i> |
| | <i>12:36</i> | <i>12:42</i> | <i>12:42</i> |
| | <i>12:42</i> | <i>12:48</i> | <i>12:48</i> |
| | <i>12:48</i> | <i>12:54</i> | <i>12:54</i> |
| | <i>12:54</i> | <i>13:00</i> | <i>13:00</i> |
| | <i>13:00</i> | <i>13:06</i> | <i>13:06</i> |
| | <i>13:06</i> | <i>13:12</i> | <i>13:12</i> |
| | <i>13:12</i> | <i>13:18</i> | <i>13:18</i> |
| | <i>13:18</i> | <i>13:24</i> | <i>13:24</i> |
| | <i>13:24</i> | <i>13:30</i> | <i>13:30</i> |
| | <i>13:30</i> | <i>13:36</i> | <i>13:36</i> |
| | <i>13:36</i> | <i>13:42</i> | <i>13:42</i> |
| | <i>13:42</i> | <i>13:48</i> | <i>13:48</i> |
| | <i>13:48</i> | <i>13:54</i> | <i>13:54</i> |
| | <i>13:54</i> | <i>14:00</i> | <i>14:00</i> |
| | <i>14:00</i> | <i>14:06</i> | <i>14:06</i> |
| | <i>14:06</i> | <i>14:12</i> | <i>14:12</i> |
| | <i>14:12</i> | <i>14:18</i> | <i>14:18</i> |
| | <i>14:18</i> | <i>14:24</i> | <i>14:24</i> |
| | <i>14:24</i> | <i>14:30</i> | <i>14:30</i> |
| | <i>14:30</i> | <i>14:36</i> | <i>14:36</i> |
| | <i>14:36</i> | <i>14:42</i> | <i>14:42</i> |
| | <i>14:42</i> | <i>14:48</i> | <i>14:48</i> |
| | <i>14:48</i> | <i>14:54</i> | <i>14:54</i> |
| | <i>14:54</i> | <i>15:00</i> | <i>15:00</i> |
| | <i>15:00</i> | <i>15:06</i> | <i>15:06</i> |
| | <i>15:06</i> | <i>15:12</i> | <i>15:12</i> |
| | <i>15:12</i> | <i>15:18</i> | <i>15:18</i> |
| | <i>15:18</i> | <i>15:24</i> | <i>15:24</i> |
| | <i>15:24</i> | <i>15:30</i> | <i>15:30</i> |
| | <i>15:30</i> | <i>15:36</i> | <i>15:36</i> |
| | <i>15:36</i> | <i>15:42</i> | <i>15:42</i> |
| | <i>15:42</i> | <i>15:48</i> | <i>15:48</i> |
| | <i>15:48</i> | <i>15:54</i> | <i>15:54</i> |
| | <i>15:54</i> | <i>16:00</i> | <i>16:00</i> |
| | <i>16:00</i> | <i>16:06</i> | <i>16:06</i> |
| | <i>16:06</i> | <i>16:12</i> | <i>16:12</i> |
| | <i>16:12</i> | <i>16:18</i> | <i>16:18</i> |
| | <i>16:18</i> | <i>16:24</i> | <i>16:24</i> |
| | <i>16:24</i> | <i>16:30</i> | <i>16:30</i> |
| | <i>16:30</i> | <i>16:36</i> | <i>16:36</i> |
| | <i>16:36</i> | <i>16:42</i> | <i>16:42</i> |
| | <i>16:42</i> | <i>16:48</i> | <i>16:48</i> |
| | <i>16:48</i> | <i>16:54</i> | <i>16:54</i> |
| | <i>16:54</i> | <i>17:00</i> | <i>17:00</i> |
| | <i>17:00</i> | <i>17:06</i> | <i>17:06</i> |
| | <i>17:06</i> | <i>17:12</i> | <i>17:12</i> |
| | <i>17:12</i> | <i>17:18</i> | <i>17:18</i> |
| | <i>17:18</i> | <i>17:24</i> | <i>17:24</i> |
| | <i>17:24</i> | <i>17:30</i> | <i>17:30</i> |
| | <i>17:30</i> | <i>17:36</i> | <i>17:36</i> |
| | <i>17:36</i> | <i>17:42</i> | <i>17:42</i> |
| | <i>17:42</i> | <i>17:48</i> | <i>17:48</i> |
| | <i>17:48</i> | <i>17:54</i> | <i>17:54</i> |
| | <i>17:54</i> | <i>18:00</i> | <i>18:00</i> |
| | <i>18:00</i> | <i>18:06</i> | <i>18:06</i> |
| | <i>18:06</i> | <i>18:12</i> | <i>18:12</i> |
| | <i>18:12</i> | <i>18:18</i> | <i>18:18</i> |
| | <i>18:18</i> | <i>18:24</i> | <i>18:24</i> |
| | <i>18:24</i> | <i>18:30</i> | <i>18:30</i> |
| | <i>18:30</i> | <i>18:36</i> | <i>18:36</i> |
| | <i>18:36</i> | <i>18:42</i> | <i>18:42</i> |
| | <i>18:42</i> | <i>18:48</i> | <i>18:48</i> |
| | <i>18:48</i> | <i>18:54</i> | <i>18:54</i> |
| | <i>18:54</i> | <i>19:00</i> | <i>19:00</i> |
| | <i>19:00</i> | <i>19:06</i> | <i>19:06</i> |
| | <i>19:06</i> | <i>19:12</i> | <i>19:12</i> |
| | <i>19:12</i> | <i>19:18</i> | <i>19:18</i> |
| | <i>19:18</i> | <i>19:24</i> | <i>19:24</i> |
| | <i>19:24</i> | <i>19:30</i> | <i>19:30</i> |
| | <i>19:30</i> | <i>19:36</i> | <i>19:36</i> |
| | <i>19:36</i> | <i>19:42</i> | <i>19:42</i> |
| | <i>19:42</i> | <i>19:48</i> | <i>19:48</i> |
| | <i>19:48</i> | <i>19:54</i> | <i>19:54</i> |
| | <i>19:54</i> | <i>20:00</i> | <i>20:00</i> |
| | <i>20:00</i> | <i>20:06</i> | <i>20:06</i> |
| | <i>20:06</i> | <i>20:12</i> | <i>20:12</i> |
| | <i>20:12</i> | <i>20:18</i> | <i>20:18</i> |
| | <i>20:18</i> | <i>20:24</i> | <i>20:24</i> |
| | <i>20:24</i> | <i>20:30</i> | <i>20:30</i> |
| | <i>20:30</i> | <i>20:36</i> | <i>20:36</i> |
| | <i>20:36</i> | <i>20:42</i> | <i>20:42</i> |
| | <i>20:42</i> | <i>20:48</i> | <i>20:48</i> |
| | <i>20:48</i> | <i>20:54</i> | <i>20:54</i> |
| | <i>20:54</i> | <i>21:00</i> | <i>21:00</i> |
| | <i>21:00</i> | <i>21:06</i> | <i>21:06</i> |
| | <i>21:06</i> | <i>21:12</i> | <i>21:12</i> |
| | <i>21:12</i> | <i>21:18</i> | <i>21:18</i> |
| | <i>21:18</i> | <i>21:24</i> | <i>21:24</i> |
| | <i>21:24</i> | <i>21:30</i> | <i>21:30</i> |
| | <i>21:30</i> | <i>21:36</i> | <i>21:36</i> |
| | <i>21:36</i> | <i>21:42</i> | <i>21:42</i> |
| | <i>21:42</i> | <i>21:48</i> | <i>21:48</i> |
| | <i>21:48</i> | <i>21:54</i> | <i>21:54</i> |
| | <i>21:54</i> | <i>22:00</i> | <i>22:00</i> |
| | <i>22:00</i> | <i>22:06</i> | <i>22:06</i> |
| | <i>22:06</i> | <i>22:12</i> | <i>22:12</i> |
| | <i>22:12</i> | <i>22:18</i> | <i>22:18</i> |
| | <i>22:18</i> | <i>22:24</i> | <i>22:24</i> |
| | <i>22:24</i> | <i>22:30</i> | <i>22:30</i> |
| | <i>22:30</i> | <i>22:36</i> | <i>22:36</i> |
| | <i>22:36</i> | <i>22:42</i> | <i>22:42</i> |
| | <i>22:42</i> | <i>22:48</i> | <i>22:48</i> |
| | <i>22:48</i> | <i>22:54</i> | <i>22:54</i> |
| | <i>22:54</i> | <i>23:00</i> | <i>23:00</i> |
| | <i>23:00</i> | <i>23:06</i> | <i>23:06</i> |
| | <i>23:06</i> | <i>23:12</i> | <i>23:12</i> |
| | <i>23:12</i> | <i>23:18</i> | <i>23:18</i> |
| | <i>23:18</i> | <i>23:24</i> | <i>23:24</i> |
| | <i>23:24</i> | <i>23:30</i> | <i>23:30</i> |
| | <i>23:30</i> | <i>23:36</i> | <i>23:36</i> |
| | <i>23:36</i> | <i>23:42</i> | <i>23:42</i> |
| | <i>23:42</i> | <i>23:48</i> | <i>23:48</i> |
| | <i>23:48</i> | <i>23:54</i> | <i>23:54</i> |
| | <i>23:54</i> | <i>24:00</i> | <i>24:00</i> |
| | <i>24:00</i> | <i>24:06</i> | <i>24:06</i> |
| | <i>24:06</i> | <i>24:12</i> | <i>24:12</i> |
| | <i>24:12</i> | <i>24:18</i> | <i>24:18</i> |
| | <i>24:18</i> | <i>24:24</i> | <i>24:24</i> |
| | <i>24:24</i> | <i>24:30</i> | <i>24:30</i> |
| | <i>24:30</i> | <i>24:36</i> | <i>24:36</i> |
| | <i>24:36</i> | <i>24:42</i> | <i>24:42</i> |
| | <i>24:42</i> | <i>24:48</i> | <i>24:48</i> |
| | <i>24:48</i> | <i>24:54</i> | <i>24:54</i> |
| | <i>24:54</i> | <i>25:00</i> | <i>25:00</i> |
| | <i>25:00</i> | <i>25:06</i> | <i>25:06</i> |
| | <i>25:06</i> | <i>25:12</i> | <i>25:12</i> |
| | <i>25:12</i> | <i>25:18</i> | <i>25:18</i> |
| | <i>25:18</i> | <i>25:24</i> | <i>25:24</i> |
| | <i>25:24</i> | <i>25:30</i> | <i>25:30</i> |
| | <i>25:30</i> | <i>25:36</i> | <i>25:36</i> |
| | <i>25:36</i> | <i>25:42</i> | <i>25:42</i> |
| | <i>25:42</i> | <i>25:48</i> | <i>25:48</i> |
| | <i>25:48</i> | <i>25:54</i> | <i>25:54</i> |
| | <i>25:54</i> | <i>26:00</i> | <i>26:00</i> |
| | <i>26:00</i> | <i>26:06</i> | <i>26:06</i> |
| | <i>26:06</i> | <i>26:12</i> | <i>26:12</i> |
| | <i>26:12</i> | <i>26:18</i> | <i>26:18</i> |
| | <i>26:18</i> | <i>26:24</i> | <i>26:24</i> |
| | <i>26:24</i> | <i>26:30</i> | <i>26:30</i> |
| | <i>26:30</i> | <i>26:36</i> | <i>26:36</i> |
| | <i>26:36</i> | <i>26:42</i> | <i>26:42</i> |
| | <i>26:42</i> | <i>26:48</i> | <i>26:48</i> |
| | <i>26:48</i> | <i>26:54</i> | <i>26:54</i> |
| | <i>26:54</i> | <i>27:00</i> | <i>27:00</i> |
| | <i>27:00</i> | <i>27:06</i> | <i>27:06</i> |
| | <i>27:06</i> | <i>27:12</i> | <i>27:12</i> |
| | <i>27:12</i> | <i>27:18</i> | <i>27:18</i> |
| | <i>27:18</i> | <i>27:24</i> | <i>27:24</i> |
| | <i>27:24</i> | <i>27:30</i> | <i>27:30</i> |
| | <i>27:30</i> | <i>27:36</i> | <i>27:36</i> |
| | <i>27:36</i> | <i></i> | |



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 PRESCRIÇÃO MÉDICA



GOVERNO DE RORAIMA
 Hospital Geral de Roraima

| DATA DE ADMISSÃO | DIH | DN | | | |
|------------------|---|-------|------|------|-----------------|
| PACIENTE | <i>Melton M. de Souza</i> | | | | |
| DIAGNÓSTICO | <i>Doença Tendinitis</i> | | | | |
| ALERGIAS | 23. amr. | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | <i>50</i> | LEITO | | DATA | <i>24/03/18</i> |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | <i>SN</i> |
| 2 | AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia | | | | <i>manhã</i> |
| 3 | CEFALOTINA 1G EV 6/6H | | | | <i>18h</i> |
| 4 | TILATIL 20mg 12/12hs | | | | <i>10h</i> |
| 5 | DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N | | | | <i>SN</i> |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01 (20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA | | | | <i>SN</i> |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | <i>SN</i> |
| 8 | RANITIDINA 50MG EV 8/8HS | | | | <i>14h 02</i> |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | <i>5h</i> |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | <i>10h</i> |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 OU PAD > 110 MMHG | | | | <i>10h</i> |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | <i>10h</i> |
| 15 | <i>Melton M. de Souza</i> | | | | <i>18h</i> |
| 16 | <i>Melton M. de Souza</i> | | | | <i>18h</i> |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), <u>CONFORME ESQUEMA:</u> 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; <u>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</u> | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

12h00h Realizou exame de eletrocardiograma: Encontrado eletrocardiograma normal. Prescrição médica: Segue para exame no momento. Tér. 28/03/18

*16:22h paciente no
 exame em período de
 voo + orientações*

*Maria V. M. de Souza
 Interno 27/03/2018
 CR 5614*

25.07 PA: 120x80

12h30 Fe: 63

FR: 60

*16:02h paciente no exame
 em período de voo +
 orientações*

17:15

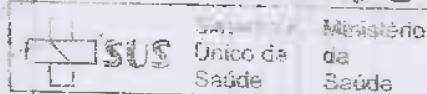
*MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA*

| SINAIS VITais | PA | FE | TEMP | RESP |
|---------------|---------|----|------|------|
| 6 H | 130x80 | 15 | 36.1 | |
| 12 H | 158x90 | 85 | 36.0 | 19 |
| 18 H | 130x90 | 26 | 36.0 | |
| 24 H | 145x105 | 72 | 36.0 | |

*18:10 paciente no exame
 em período de voo +
 orientações*

*Maria V. M. de Souza
 Interno 27/03/2018
 CR 5614*

BLOCO D



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HGR

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HGR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME

6 - N.º PRONTUÁRIO

CHES

CHES

7 - NÚMERO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO (CNS)

201210138141916813118191

8 - DATA DE NASCIMENTO

15.10.95

16 - N.º DO TELEFONE

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Elvane da Silva Moreira

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDERECO DA RESIDÊNCIA

Rua Adail Oliveira, Bora, 3411 - Bairro: Boa Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICAÇÃO DA INTERNAÇÃO

Vitírios de FOB a nível
Punko (2) com intensidade
do falo excessiva

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Obra 611

1 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS)

DESCRÍCIONE

DIAGNÓSTICO

CID 10 PRINCIPAL

CID 10

10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - RICAO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

CÍCLICA

27 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO

30 -

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

CÓDIGO

10 CAUSAS ASSOCIADAS

28 - DOCUMENTO

CNS

29 - DOCUMENTO

CNPJ

30 - DOCUMENTO

CNPJ DA EMPRESA

CÓDIGO

10 CAUSAS ASSOCIADAS

32 -

33 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

31 - DOCUMENTO

CNPJ

32 - DOCUMENTO

CNPJ DA EMPRESA

CÓDIGO

10 CAUSAS ASSOCIADAS

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

38 -

39 -

40 -

41 -

42 -

43 -

44 -

45 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

66 -

67 -

68 -

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

76 -

77 -

78 -

79 -

80 -

81 -

82 -

83 -

84 -

85 -

86 -

87 -

88 -

89 -

90 -

91 -

92 -

93 -

94 -

95 -

96 -

97 -

98 -

99 -

100 -

101 -

102 -

103 -

104 -

105 -

106 -

107 -

108 -

109 -

110 -

111 -

112 -

113 -

114 -

115 -

116 -

117 -

118 -

119 -

120 -

121 -

122 -

123 -

124 -

125 -

126 -

127 -

128 -

129 -

130 -

131 -

132 -

133 -

134 -

135 -

136 -

137 -

138 -

139 -

140 -

141 -

142 -

143 -

144 -

145 -

146 -

147 -

148 -

149 -

150 -

151 -

152 -

153 -

154 -

155 -

156 -

157 -

158 -

159 -

160 -

161 -

162 -

163 -

164 -

165 -

166 -

167 -

168 -

169 -

170 -

171 -

172 -

173 -

174 -

175 -

176 -

177 -

178 -

179 -

180 -

181 -

182 -

183 -

184 -

185 -

186 -

187 -

188 -

189 -

190 -

191 -

192 -

193 -

194 -

195 -

196 -

197 -

198 -

199 -

200 -

201 -

202 -

203 -

204 -

205 -

206 -

207 -

208 -

209 -

210 -

211 -

212 -

213 -

214 -

215 -

216 -

217 -

218 -

219 -

220 -

221 -

222 -

223 -

224 -

225 -

226 -

227 -

228 -

229 -

230 -

231 -

232 -

233 -

234 -

235 -

236 -

237 -

238 -

239 -

240 -

241 -

242 -

243 -

244 -

245 -

246 -

247 -

248 -

404-2

| <p style="text-align: center;">HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------|-------|------|-----------------------------|-----|----|----|----|---|--|------|--------|----|----|------|-----------------------------|------|--------|----|----|------|--------------------------|------|--|--|--|--|---------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | 09/08/2018 | | DIH | DN 15/07/1995 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PACIENTE WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO LESÃO TENDÃO EXTENSOR RADIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALÉRGIAS | | HAS | | DM2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IDADE 23 | | LEITO | 404-2 | DATA | 13/08/2018 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | <i>5am</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | AVP | | | | <i>10am</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | CEFALOTINA 1G EV 6/6H | | | | <i>18 20 00 12</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N | | | | <i>SN</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N | | | | <i>)</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N | | | | <i>10am</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | | | | <i>SN</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | <i>)</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | | | | <i>10am</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V | | | | <i>10am</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | <i>repetir</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | | | | <i>cicuta</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; \geq 400: 10 UI <u>E OU</u> GLICOSE \geq 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>EVOLUÇÃO MÉDICA:</p> <ul style="list-style-type: none"># ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>SINAIS VITAIS</p> <table border="1"><tr><td>6 H</td><td>PA</td><td>FC</td><td>FR</td><td>T</td><td></td></tr><tr><td>12 H</td><td>140/80</td><td>96</td><td>18</td><td>36.3</td><td><i>Dr. Odinachi Okemiri</i></td></tr><tr><td>18 H</td><td>125/82</td><td>69</td><td>17</td><td>36.1</td><td>Residente De Ortopedia e</td></tr><tr><td>24 H</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Traumatologia</td></tr></table> | | | | | | 6 H | PA | FC | FR | T | | 12 H | 140/80 | 96 | 18 | 36.3 | <i>Dr. Odinachi Okemiri</i> | 18 H | 125/82 | 69 | 17 | 36.1 | Residente De Ortopedia e | 24 H | | | | | Traumatologia |
| 6 H | PA | FC | FR | T | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 H | 140/80 | 96 | 18 | 36.3 | <i>Dr. Odinachi Okemiri</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 H | 125/82 | 69 | 17 | 36.1 | Residente De Ortopedia e | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 H | | | | | Traumatologia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

07-13 h. medicado epm, feito ssuv - rec. 21/08



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

130818

O.S. _____



Wellton Horacio
Medeiros

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO:

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTA:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIN:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Encerrou-se fístula de Hélix
Dado Guia e fita (C)
- Ligão de Teido, Extensor Ulnar
do Corpo Extensor radial do Corpo
e Vena do Extensor Ulnar
Feita Reta e retira com agulha 3/0
Reclamado x Dentes

Carla Bento da R.
Médica Cirúrgica
CRM-RR 566

Dr. José A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SÉCRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXOS DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕESRibeiro W. B. L. M. Medicina W. B. L. M. Cirurgia Anestesiologia
Responsável: W. B. L. M. Cirurgia Anestesiologia

PACIENTE CONFIRMOU:

Identificação

Sítio Cirúrgico

Procedimento

Assentimento: Sim Não
RISCO CIRÚRGICO
Aplica Não se Aplica

CONSENTIMENTO

Assentimento: Sim Não

RISCO CIRÚRGICO

Assentimento: Sim Não

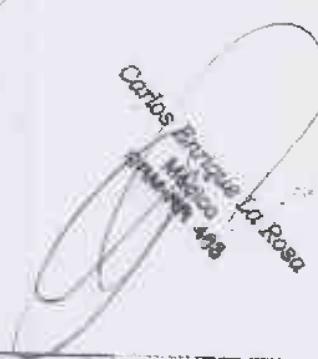
CONSENTIMENTO

Assentimento: Sim Não

| | |
|---|--|
| CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE: | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Identificação do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento | |
| EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS: | |
| <input checked="" type="checkbox"/> PREVISÃO DO CIRURGIAO. Quais são as etapas críticas ou inesperadas, durante da operação e perda sanguínea prevista. | |
| <input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: Há alguma preocupação específica em relação ao paciente | |
| <input checked="" type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: Os materiais necessários, como instrumentos, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações? | |
| <input checked="" type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| <input checked="" type="checkbox"/> O CIRURGIAO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS. | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____ Hora: _____ | |

Assinatura: W. B. L. M. Cirurgia Anestesiologia
Assinatura e Carimbo: W. B. L. M. Cirurgia Anestesiologia

| | |
|---|--|
| PACIENTE CONFIRMOU: | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Identificação <input checked="" type="checkbox"/> Sítio Cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Assentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RISCO CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica | |
| CONSENTIMENTO</td | |

|  | | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | |  |
|--|---|---|-----------|-----------|-----------|---|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | | |
| PACIENTE | | <i>Wellinton Moreira Medeiros</i> | | | | |
| DIAGNÓSTICO | | | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | NEGA | DM2 | NEGA | |
| IDADE | | LEITO | | DATA | | <i>17/06/18</i> |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | | <i>3h</i> |
| 2 | AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia | | | | | <i>22.00</i> |
| 3 | CEFALOTINA 1G EV 6/6H | | | | | <i>24.00-12.00</i> |
| 4 | TILATIL 20mg 12/12hs | | | | | <i>20.00-10.00</i> |
| 5 | DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N | | | | | <i>SN</i> |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01g (20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA | | | | | <i>30.00</i> |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | | <i>SN</i> |
| 8 | RANITIDINA 50MG EV 8/8HS | | | | | <i>V</i> |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | | <i>20.00-14.00</i> |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | | <i>SN</i> |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 OU PAD> 110 MMHG | | | | | |
| 14 | CURATIVO DIARIO | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 8UI; 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: | | | | | | |
| <i>bloco para programação cirúrgica 886,2058 ALTA AMANH</i> | | | | | | |
|  | | | | | | |
| SINAIS VITAIS | | 6 H | 12 H | 18 H | 24 H | |
| | | <i>70</i> | <i>70</i> | <i>70</i> | <i>70</i> | |
| MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA. | | | | | | |

| GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima | | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | HGR | |
|--|--|--|--|-------|---|----------|
| | | PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | | |
| PACIENTE | | Wolffson Ferreira Medeiros | | | | |
| DIAGNÓSTICO | | | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | | LEITO | | 40/42 | DATA | 17/04/18 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO | |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | | |
| 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 (300mg) 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/QU 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 | | | | | | |
| 06/04/2018 ALTA HOSPITALAR | | | | | | |
| SINAIS VITAIS | | | | | Cartas, Exames, Medicamentos, CRM, IP, etc. | |
| 6 H | | | | | | |
| 12 H | | | | | | |
| 18 H | | | | | | |
| 24 H | | | | | | |
| MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA. | | | | | | |

| | | | | |
|---|---------------------|--|--|--|
| SUS Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | LAUĐO 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 - CNIE | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | | | |
| 5 - NOME DO PACIENTE | | 6 - N° DO P. SOLITÁRIO 267975 | | |
| 7 - CNPQ NACIONAL DE SAÚDE (PONTO) | | 8 - DATA DE NASCIMENTO 15/08/92 | | |
| 10 - NOME DA MÃE OU DO PAI | | 9 - SEXO F | | |
| 11 - ENDERECO (RUA, N.º, BARRA) | | 12 - TELÉFONE DE CONTATO 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA São Paulo São Paulo | | |
| 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO | | 15 - UF SP | | |
| 16 - CEP | | | | |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS | | JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO Acidente de trânsito com perda de todos sentidos | | |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | | Elevado | | |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) | | Centro 208 | | |
| 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO | | 21 - CID 10 PRINCIPAL - CID 10 SECUNDÁRIO DE SÍNTESES | | |
| 22 - CLÍNICA | | 23 - DOCUMENTO | | |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | | 25 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE | | |
| 26 - CLÍNICA | | 27 - CRÉDITO DA INTERNAÇÃO | | |
| 28 - DOCUMENTO | | 29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE | | |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE | | 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | | |
| 32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DE CONCEPÇÃO | | 33 - ACIDENTE DE TRABALHO | | |
| 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO | | 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO | | |
| 36 - CNPJ DA SEGURADORA | | 37 - CNPJ EMPRESA | | |
| 38 - CNPJ DA EMPRESA | | 39 - CNAE DA EMPRESA | | |
| 40 - CNAE DA EMPRESA | | 41 - | | |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA | | 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | |
| 44 - EMPREGADOR | | 45 - DOCUMENTO | | |
| 45 - DOCUMENTO () CNS () CPF | | 46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | | 48 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO EMPRESA | | |
| 49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0415040035 | | 50 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0415040035 | | |



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

20/08/18

O.S. _____

Adriano Moreira

Abhner Moreira
Médico

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

EVACUAÇÃO TERAPÉUTICA

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

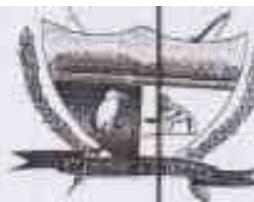
DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Fissão - S. x rivaí P. rivaí
no Dorsu P. (C) (C)
Fiss. L1/2 com SF e
Cervical
Desbordamento da Tenda Ossuária
Grande
- Rebalho da tenda Ossuária des
OSSO: é tendo

Assinatura: Dr. Abhner Moreira
CRM-RR 566

| GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA | | FICHA DE ANESTESIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|----|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|
| "Amazônia Amazônica dos Brilhantes" | | 26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PREGONAL - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO | | Nº | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20.08.08 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A G E N T E S | 15 30 45 60 75 90 105 120 135 150 165 180 195 210 225 240 255 270 285 300 315 330 345 360 375 390 405 420 435 450 465 480 495 510 525 540 555 570 585 595 600 | | | | | | | | | | | | Nº | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | N 20 | | N 22 | | N 24 | | N 26 | | N 28 | | N 30 | | | N 32 | | N 34 | | N 36 | | N 38 | | N 40 | | N 42 | | N 44 | | N 46 | | N 48 | | N 50 | | N 52 | | N 54 | | N 56 | | N 58 | | N 60 | | N 62 | | N 64 | | N 66 | | N 68 | | N 70 | | N 72 | | N 74 | | N 76 | | N 78 | | N 80 | | N 82 | | N 84 | | N 86 | | N 88 | | N 90 | | N 92 | | N 94 | | N 96 | | N 98 | | N 100 | | N 102 | | N 104 | | N 106 | | N 108 | | N 110 | | N 112 | | N 114 | | N 116 | | N 118 | | N 120 | | N 122 | | N 124 | | N 126 | | N 128 | | N 130 | | N 132 | | N 134 | | N 136 | | N 138 | | N 140 | | N 142 | | N 144 | | N 146 | | N 148 | | N 150 | | N 152 | | N 154 | | N 156 | | N 158 | | N 160 | | N 162 | | N 164 | | N 166 | | N 168 | | N 170 | | N 172 | | N 174 | | N 176 | | N 178 | | N 180 | | N 182 | | N 184 | | N 186 | | N 188 | | N 190 | | N 192 | | N 194 | | N 196 | | N 198 | | N 200 | | N 202 | | N 204 | | N 206 | | N 208 | | N 210 | | N 212 | | N 214 | | N 216 | | N 218 | | N 220 | | N 222 | | N 224 | | N 226 | | N 228 | | N 230 | | N 232 | | N 234 | | N 236 | | N 238 | | N 240 | | N 242 | | N 244 | | N 246 | | N 248 | | N 250 | | N 252 | | N 254 | | N 256 | | N 258 | | N 260 | | N 262 | | N 264 | | N 266 | | N 268 | | N 270 | | N 272 | | N 274 | | N 276 | | N 278 | | N 280 | | N 282 | | N 284 | | N 286 | | N 288 | | N 290 | | N 292 | | N 294 | | N 296 | | N 298 | | N 300 | | N 302 | | N 304 | | N 306 | | N 308 | | N 310 | | N 312 | | N 314 | | N 316 | | N 318 | | N 320 | | N 322 | | N 324 | | N 326 | | N 328 | | N 330 | | N 332 | | N 334 | | N 336 | | N 338 | | N 340 | | N 342 | | N 344 | | N 346 | | N 348 | | N 350 | | N 352 | | N 354 | | N 356 | | N 358 | | N 360 | | N 362 | | N 364 | | N 366 | | N 368 | | N 370 | | N 372 | | N 374 | | N 376 | | N 378 | | N 380 | | N 382 | | N 384 | | N 386 | | N 388 | | N 390 | | N 392 | | N 394 | | N 396 | | N 398 | | N 400 | | N 402 | | N 404 | | N 406 | | N 408 | | N 410 | | N 412 | | N 414 | | N 416 | | N 418 | | N 420 | | N 422 | | N 424 | | N 426 | | N 428 | | N 430 | | N 432 | | N 434 | | N 436 | | N 438 | | N 440 | | N 442 | | N 444 | | N 446 | | N 448 | | N 450 | | N 452 | | N 454 | | N 456 | | N 458 | | N 460 | | N 462 | | N 464 | | N 466 | | N 468 | | N 470 | | N 472 | | N 474 | | N 476 | | N 478 | | N 480 | | N 482 | | N 484 | | N 486 | | N 488 | | N 490 | | N 492 | | N 494 | | N 496 | | N 498 | | N 500 | | N 502 | | N 504 | | N 506 | | N 508 | | N 510 | | N 512 | | N 514 | | N 516 | | N 518 | | N 520 | | N 522 | | N 524 | | N 526 | | N 528 | | N 530 | | N 532 | | N 534 | | N 536 | | N 538 | | N 540 | | N 542 | | N 544 | | N 546 | | N 548 | | N 550 | | N 552 | | N 554 | | N 556 | | N 558 | | N 560 | | N 562 | | N 564 | | N 566 | | N 568 | | N 570 | | N 572 | | N 574 | | N 576 | | N 578 | | N 580 | | N 582 | | N 584 | | N 586 | | N 588 | | N 590 | | N 592 | | N 594 | | N 596 | | N 598 | | N 600 | | N 602 | | N 604 | | N 606 | | N 608 | | N 610 | | N 612 | | N 614 | | N 616 | | N 618 | | N 620 | | N 622 | | N 624 | | N 626 | | N 628 | | N 630 | | N 632 | | N 634 | | N 636 | | N 638 | | N 640 | | N 642 | | N 644 | | N 646 | | N 648 | | N 650 | | N 652 | | N 654 | | N 656 | | N 658 | | N 660 | | N 662 | | N 664 | | N 666 | | N 668 | | N 670 | | N 672 | | N 674 | | N 676 | | N 678 | | N 680 | | N 682 | | N 684 | | N 686 | | N 688 | | N 690 | | N 692 | | N 694 | | N 696 | | N 698 | | N 700 | | N 702 | | N 704 | | N 706 | | N 708 | | N 710 | | N 712 | | N 714 | | N 716 | | N 718 | | N 720 | | N 722 | | N 724 | | N 726 | | N 728 | | N 730 | | N 732 | | N 734 | | N 736 | | N 738 | | N 740 | | N 742 | | N 744 | | N 746 | | N 748 | | N 750 | | N 752 | | N 754 | | N 756 | | N 758 | | N 760 | | N 762 | | N 764 | | N 766 | | N 768 | | N 770 | | N 772 | | N 774 | | N 776 | | N 778 | | N 780 | | N 782 | | N 784 | | N 786 | | N 788 | | N 790 | | N 792 | | N 794 | | N 796 | | N 798 | | N 800 | | N 802 | | N 804 | | N 806 | | N 808 | | N 810 | | N 812 | | N 814 | | N 816 | | N 818 | | N 820 | | N 822 | | N 824 | | N 826 | | N 828 | | N 830 | | N 832 | | N 834 | | N 836 | | N 838 | | N 840 | | N 842 | | N 844 | | N 846 | | N 848 | | N 850 | | N 852 | | N 854 | | N 856 | | N 858 | | N 860 | | N 862 | | N 864 | | N 866 | | N 868 | | N 870 | | N 872 | | N 874 | | N 876 | | N 878 | | N 880 | | N 882 | | N 884 | | N 886 | | N 888 | | N 890 | | N 892 | | N 894 | | N 896 | | N 898 | | N 900 | | N 902 | | N 904 | | N 906 | | N 908 | | N 910 | | N 912 | | N 914 | | N 916 | | N 918 | | N 920 | | N 922 | | N 924 | | N 926 | | N 928 | | N 930 | | N 932 | | N 934 | | N 936 | | N 938 | | N 940 | | N 942 | | N 944 | | N 946 | | N 948 | | N 950 | | N 952 | | N 954 | | N 956 | | N 958 | | N 960 | | N 962 | | N 964 | | N 966 | | N 968 | | N 970 | | N 972 | | N 974 | | N 976 | | N 978 | | N 980 | | N 982 | | N 984 | | N 986 | | N 988 | | N 990 | | N 992 | | N 994 | | N 996 | | N 998 | |



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

ALCENANE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO: 15/05/92 IDADE: 26
CPF: 009.235.542-03 CARTÃO SUS: 702-306-037225220
NOME DA MÃE: ANA CLÉTINA MOREIRA DE ALMEIDA
RUA: COHAB
CIDADE: BOA VISTA
DATA: 03/05/19

2. INFORMAÇÕES CLÍNICAS: (PREENCHIDO PELO MÉDICO)

DIAGNÓSTICO:

TIPO DE PROCEDIMENTO:

ANESTESIA: LOCAL HORÁRIO DO INÍCIO DO PROCEDIMENTO:
Descrição do procedimento realizado:

HORÁRIO DO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO:
EVOLUÇÃO MÉDICA E ORIENTAÇÕES:

() ALTA HOSPITALAR

BOA VISTA,

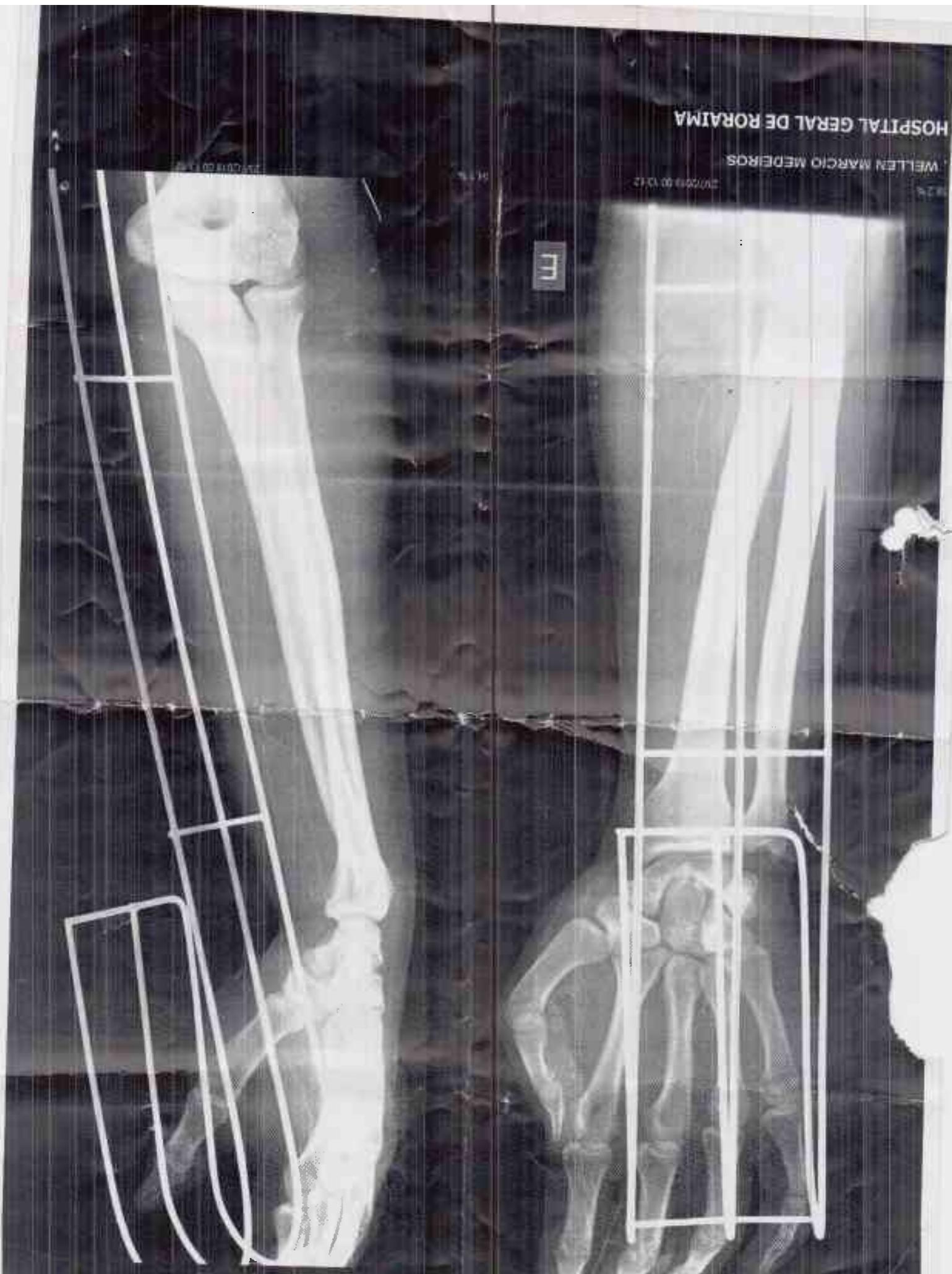
() INTERNAÇÃO

MÉDICO (A)

ASSINATURA E CRM (CARIMBO)
(ANEXA)- PREENCHIMENTO

OBS: ITEM 03- FICHA DE MATERIAL UTILIZADO
OBRIGATÓRIO PELA ENFERMAGEM.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| 1.0 | 2.0 | 3.0 | 4.0 | 5.0 | 6.0 | 7.0 | 8.0 | 9.0 | 10.0 | 11.0 | 12.0 | 13.0 | 14.0 | 15.0 | 16.0 | 17.0 | 18.0 | 19.0 | 20.0 | 21.0 | 22.0 | 23.0 | 24.0 | 25.0 | 26.0 | 27.0 | 28.0 | 29.0 | 30.0 | 31.0 | 32.0 | 33.0 | 34.0 | 35.0 | 36.0 | 37.0 | 38.0 | 39.0 | 40.0 | 41.0 | 42.0 | 43.0 | 44.0 | 45.0 | 46.0 | 47.0 | 48.0 | 49.0 | 50.0 | 51.0 | 52.0 | 53.0 | 54.0 | 55.0 | 56.0 | 57.0 | 58.0 | 59.0 | 60.0 | 61.0 | 62.0 | 63.0 | 64.0 | 65.0 | 66.0 | 67.0 | 68.0 | 69.0 | 70.0 | 71.0 | 72.0 | 73.0 | 74.0 | 75.0 | 76.0 | 77.0 | 78.0 | 79.0 | 80.0 | 81.0 | 82.0 | 83.0 | 84.0 | 85.0 | 86.0 | 87.0 | 88.0 | 89.0 | 90.0 | 91.0 | 92.0 | 93.0 | 94.0 | 95.0 | 96.0 | 97.0 | 98.0 | 99.0 | 100.0 | 101.0 | 102.0 | 103.0 | 104.0 | 105.0 | 106.0 | 107.0 | 108.0 | 109.0 | 110.0 | 111.0 | 112.0 | 113.0 | 114.0 | 115.0 | 116.0 | 117.0 | 118.0 | 119.0 | 120.0 | 121.0 | 122.0 | 123.0 | 124.0 | 125.0 | 126.0 | 127.0 | 128.0 | 129.0 | 130.0 | 131.0 | 132.0 | 133.0 | 134.0 | 135.0 | 136.0 | 137.0 | 138.0 | 139.0 | 140.0 | 141.0 | 142.0 | 143.0 | 144.0 | 145.0 | 146.0 | 147.0 | 148.0 | 149.0 | 150.0 | 151.0 | 152.0 | 153.0 | 154.0 | 155.0 | 156.0 | 157.0 | 158.0 | 159.0 | 160.0 | 161.0 | 162.0 | 163.0 | 164.0 | 165.0 | 166.0 | 167.0 | 168.0 | 169.0 | 170.0 | 171.0 | 172.0 | 173.0 | 174.0 | 175.0 | 176.0 | 177.0 | 178.0 | 179.0 | 180.0 | 181.0 | 182.0 | 183.0 | 184.0 | 185.0 | 186.0 | 187.0 | 188.0 | 189.0 | 190.0 | 191.0 | 192.0 | 193.0 | 194.0 | 195.0 | 196.0 | 197.0 | 198.0 | 199.0 | 200.0 | 201.0 | 202.0 | 203.0 | 204.0 | 205.0 | 206.0 | 207.0 | 208.0 | 209.0 | 210.0 | 211.0 | 212.0 | 213.0 | 214.0 | 215.0 | 216.0 | 217.0 | 218.0 | 219.0 | 220.0 | 221.0 | 222.0 | 223.0 | 224.0 | 225.0 | 226.0 | 227.0 | 228.0 | 229.0 | 230.0 | 231.0 | 232.0 | 233.0 | 234.0 | 235.0 | 236.0 | 237.0 | 238.0 | 239.0 | 240.0 | 241.0 | 242.0 | 243.0 | 244.0 | 245.0 | 246.0 | 247.0 | 248.0 | 249.0 | 250.0 | 251.0 | 252.0 | 253.0 | 254.0 | 255.0 | 256.0 | 257.0 | 258.0 | 259.0 | 260.0 | 261.0 | 262.0 | 263.0 | 264.0 | 265.0 | 266.0 | 267.0 | 268.0 | 269.0 | 270.0 | 271.0 | 272.0 | 273.0 | 274.0 | 275.0 | 276.0 | 277.0 | 278.0 | 279.0 | 280.0 | 281.0 | 282.0 | 283.0 | 284.0 | 285.0 | 286.0 | 287.0 | 288.0 | 289.0 | 290.0 | 291.0 | 292.0 | 293.0 | 294.0 | 295.0 | 296.0 | 297.0 | 298.0 | 299.0 | 300.0 | 301.0 | 302.0 | 303.0 | 304.0 | 305.0 | 306.0 | 307.0 | 308.0 | 309.0 | 310.0 | 311.0 | 312.0 | 313.0 | 314.0 | 315.0 | 316.0 | 317.0 | 318.0 | 319.0 | 320.0 | 321.0 | 322.0 | 323.0 | 324.0 | 325.0 | 326.0 | 327.0 | 328.0 | 329.0 | 330.0 | 331.0 | 332.0 | 333.0 | 334.0 | 335.0 | 336.0 | 337.0 | 338.0 | 339.0 | 340.0 | 341.0 | 342.0 | 343.0 | 344.0 | 345.0 | 346.0 | 347.0 | 348.0 | 349.0 | 350.0 | 351.0 | 352.0 | 353.0 | 354.0 | 355.0 | 356.0 | 357.0 | 358.0 | 359.0 | 360.0 | 361.0 | 362.0 | 363.0 | 364.0 | 365.0 | 366.0 | 367.0 | 368.0 | 369.0 | 370.0 | 371.0 | 372.0 | 373.0 | 374.0 | 375.0 | 376.0 | 377.0 | 378.0 | 379.0 | 380.0 | 381.0 | 382.0 | 383.0 | 384.0 | 385.0 | 386.0 | 387.0 | 388.0 | 389.0 | 390.0 | 391.0 | 392.0 | 393.0 | 394.0 | 395.0 | 396.0 | 397.0 | 398.0 | 399.0 | 400.0 | 401.0 | 402.0 | 403.0 | 404.0 | 405.0 | 406.0 | 407.0 | 408.0 | 409.0 | 410.0 | 411.0 | 412.0 | 413.0 | 414.0 | 415.0 | 416.0 | 417.0 | 418.0 | 419.0 | 420.0 | 421.0 | 422.0 | 423.0 | 424.0 | 425.0 | 426.0 | 427.0 | 428.0 | 429.0 | 430.0 | 431.0 | 432.0 | 433.0 | 434.0 | 435.0 | 436.0 | 437.0 | 438.0 | 439.0 | 440.0 | 441.0 | 442.0 | 443.0 | 444.0 | 445.0 | 446.0 | 447.0 | 448.0 | 449.0 | 450.0 | 451.0 | 452.0 | 453.0 | 454.0 | 455.0 | 456.0 | 457.0 | 458.0 | 459.0 | 460.0 | 461.0 | 462.0 | 463.0 | 464.0 | 465.0 | 466.0 | 467.0 | 468.0 | 469.0 | 470.0 | 471.0 | 472.0 | 473.0 | 474.0 | 475.0 | 476.0 | 477.0 | 478.0 | 479.0 | 480.0 | 481.0 | 482.0 | 483.0 | 484.0 | 485.0 | 486.0 | 487.0 | 488.0 | 489.0 | 490.0 | 491.0 | 492.0 | 493.0 | 494.0 | 495.0 | 496.0 | 497.0 | 498.0 | 499.0 | 500.0 | 501.0 | 502.0 | 503.0 | 504.0 | 505.0 | 506.0 | 507.0 | 508.0 | 509.0 | 510.0 | 511.0 | 512.0 | 513.0 | 514.0 | 515.0 | 516.0 | 517.0 | 518.0 | 519.0 | 520.0 | 521.0 | 522.0 | 523.0 | 524.0 | 525.0 | 526.0 | 527.0 | 528.0 | 529.0 | 530.0 | 531.0 | 532.0 | 533.0 | 534.0 | 535.0 | 536.0 | 537.0 | 538.0 | 539.0 | 540.0 | 541.0 | 542.0 | 543.0 | 544.0 | 545.0 | 546.0 | 547.0 | 548.0 | 549.0 | 550.0 | 551.0 | 552.0 | 553.0 | 554.0 | 555.0 | 556.0 | 557.0 | 558.0 | 559.0 | 560.0 | 561.0 | 562.0 | 563.0 | 564.0 | 565.0 | 566.0 | 567.0 | 568.0 | 569.0 | 570.0 | 571.0 | 572.0 | 573.0 | 574.0 | 575.0 | 576.0 | 577.0 | 578.0 | 579.0 | 580.0 | 581.0 | 582.0 | 583.0 | 584.0 | 585.0 | 586.0 | 587.0 | 588.0 | 589.0 | 590.0 | 591.0 | 592.0 | 593.0 | 594.0 | 595.0 | 596.0 | 597.0 | 598.0 | 599.0 | 600.0 | 601.0 | 602.0 | 603.0 | 604.0 | 605.0 | 606.0 | 607.0 | 608.0 | 609.0 | 610.0 | 611.0 | 612.0 | 613.0 | 614.0 | 615.0 | 616.0 | 617.0 | 618.0 | 619.0 | 620.0 | 621.0 | 622.0 | 623.0 | 624.0 | 625.0 | 626.0 | 627.0 | 628.0 | 629.0 | 630.0 | 631.0 | 632.0 | 633.0 | 634.0 | 635.0 | 636.0 | 637.0 | 638.0 | 639.0 | 640.0 | 641.0 | 642.0 | 643.0 | 644.0 | 645.0 | 646.0 | 647.0 | 648.0 | 649.0 | 650.0 | 651.0 | 652.0 | 653.0 | 654.0 | 655.0 | 656.0 | 657.0 | 658.0 | 659.0 | 660.0 | 661.0 | 662.0 | 663.0 | 664.0 | 665.0 | 666.0 | 667.0 | 668.0 | 669.0 | 670.0 | 671.0 | 672.0 | 673.0 | 674.0 | 675.0 | 676.0 | 677.0 | 678.0 | 679.0 | 680.0 | 681.0 | 682.0 | 683.0 | 684.0 | 685.0 | 686.0 | 687.0 | 688.0 | 689.0 | 690.0 | 691.0 | 692.0 | 693.0 | 694.0 | 695.0 | 696.0 | 697.0 | 698.0 | 699.0 | 700.0 | 701.0 | 702.0 | 703.0 | 704.0 | 705.0 | 706.0 | 707.0 | 708.0 | 709.0 | 710.0 | 711.0 | 712.0 | 713.0 | 714.0 | 715.0 | 716.0 | 717.0 | 718.0 | 719.0 | 720.0 | 721.0 | 722.0 | 723.0 | 724.0 | 725.0 | 726.0 | 727.0 | 728.0 | 729.0 | 730.0 | 731.0 | 732.0 | 733.0 | 734.0 | 735.0 | 736.0 | 737.0 | 738.0 | 739.0 | 740.0 | 741.0 | 742.0 | 743.0 | 744.0 | 745.0 | 746.0 | 747.0 | 748.0 | 749.0 | 750.0 | 751.0 | 752.0 | 753.0 | 754.0 | 755.0 | 756.0 | 757.0 | 758.0 | 759.0 | 760.0 | 761.0 | 762.0 | 763.0 | 764.0 | 765.0 | 766.0 | 767.0 | 768.0 | 769.0 | 770.0 | 771.0 | 772.0 | 773.0 | 774.0 | 775.0 | 776.0 | 777.0 | 778.0 | 779.0 | 780.0 | 781.0 | 782.0 | 783.0 | 784.0 | 785.0 | 786.0 | 787.0 | 788.0 | 789.0 | 790.0 | 791.0 | 792.0 | 793.0 | 794.0 | 795.0 | 796.0 | 797.0 | 798.0 | 799.0 | 800.0 | 801.0 | 802.0 | 803.0 | 804.0 | 805.0 | 806.0 | 807.0 | 808.0 | 809.0 | 810.0 | 811.0 | 812.0 | 813.0 | 814.0 | 815.0 | 816.0 | 817.0 | 818.0 | 819.0 | 820.0 | 821.0 | 822.0 | 823.0 | 824.0 | 825.0 | 826.0 | 827.0 | 828.0 | 829.0 | 830.0 | 831.0 | 832.0 | 833.0 | 834.0 | 835.0 | 836.0 | 837.0 | 838.0 | 839.0 | 840.0 | 841.0 | 842.0 | 843.0 | 844.0 | 845.0 | 846.0 | 847.0 | 848.0 | 849.0 | 850.0 | 851.0 | 852.0 | 853.0 | 854.0 | 855.0 | 856.0 | 857.0 | 858.0 | 859.0 | 860.0 | 861.0 | 862.0 | 863.0 | 864.0 | 865.0 | 866.0 | 867.0 | 868.0 | 869.0 | 870.0 | 871.0 | 872.0 | 873.0 | 874.0 | 875.0 | 876.0 | 877.0 | 878.0 | 879.0 | 880.0 | 881.0 | 882.0 | 883.0 | 884.0 | 885.0 | 886.0 | 887.0 | 888.0 | 889.0 | 890.0 | 891.0 | 892.0 | 893.0 | 894.0 | 895.0 | 896.0 | 897.0 | 898.0 | 899.0 | 900.0 | 901.0 | 902.0 | 903.0 | 904.0 | 905.0 | 906.0 | 907.0 | 908.0 | 909.0 | 910.0 | 911.0 | 912.0 | 913.0 | 914.0 | 915.0 | 916.0 | 917.0 | 918.0 | 919.0 | 920.0 | 921.0 | 922.0 | 923.0 | 924.0 | 925.0 | 926.0 | 927.0 | 928.0 | 929.0 | 930.0 | 931.0 | 932.0 | 933.0 | 934.0 | 935.0 | 936.0 | 937.0 | 938.0 | 939.0 | 940.0 | 941.0 | 942.0 | 943.0 | 944.0 | 945.0 | 946.0 | 947.0 | 948.0 | 949.0 | 950.0 | 951.0 | 952.0 | 953.0 | 954.0 | 955.0 | 956.0 | 957.0 | 958.0 | 959.0 | 960.0 | 961.0 | 962.0 | 963.0 | 964.0 | 965.0 | 966.0 | 967.0 | 968.0 | 969.0 | 970.0 | 971.0 | 972.0 | 973.0 | 974.0 | 975.0 | 976.0 | 977.0 | 978.0 | 979.0 | 980.0 | 981.0 | 982.0 | 983.0 | 984.0 | 985.0 | 986.0 | 987.0 | 988.0 | 989.0 | 990.0 | 991.0 | 992.0 | 993.0 | 994.0 | 995.0 | 996.0 | 997.0 | 998.0 | 999.0 | 1000.0 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|





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 22 206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Wellen Marcus Medeiros Cunha Inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.061.512-04,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wellen Marcus Medeiros Cunha Inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.283.572-31,
do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da vítima Wellen Marcus Medeiros Cunha inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.283.572-31, 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 Lider-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 | | Número | Complemento |
| Bairro | <u>Alto do Boqueirão</u> | <u>432</u> | <u>ap. 04</u> |
| Email | <u>Wellen.Marcus@bol.com.br</u> | Estado | CEP |
| | | <u>RR</u> | <u>69.300-200</u> |
| | | Telefone comercial (DDD) | Telefone celular (DDD) |
| | | | <u>95) 93126-9533</u> |

_____ de _____ de _____
Local e Data

Wellen Marcus Medeiros Cunha

Assinatura Declarante



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o **Incapacitado 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 ASN

CPF da vítima
020.283.572-31

Nome completo da vítima
Wellen Mário Medeiros Cirqueira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo
Wellen Mário Medeiros Cirqueira
Endereço
Rua: São Mateus
Bairro
Cinturão Verde
Email
Wellenr@hotmaill.com

CPF titular da conta
020.283.572-31

Profissão

Número
134

Complemento

Estado
RR

CEP
69.312-371

Telefone (DDD)
(95) 98125-9538

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência, juntar a esta autorização a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo,

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

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)

BANCO

None

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA
Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA
Nº

D/V

AGÊNCIA

Nº

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização de Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida conta - conta do autor indenizado.

Boca Vista, 23 de Novembro de 2018

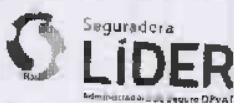
Lugar e Data

Wellen Mário Medeiros Cirqueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

FAPPE.001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE AUSÉNCIA 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 Legal 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 específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Wellen Marcus Medeiros Arquiza

CPF da Vítima

020.283.572-31

Data do Acidente

22-07-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante Legal

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar a indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente 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 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, contudo, 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, 28

de Novembro de 2018

Local Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada, 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 Flávia Praciuk de Souza inscrito (a) no CPF 220.051.512-04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wellen Mário Medeiros Cirqueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.283.572-31 do sinistro de DPVAT cobertura Frailidade da Vítima Wellen Mário Medeiros Cirqueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.283.572-31 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 | | Número | Complemento |
|----------|---------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Bairro | <u>Buritis</u> | <u>1032</u> | <u>1</u> |
| Cidade | <u>Bonito</u> | Estado | CEP |
| Email | <u>flavim@hotmail.com</u> | Telefone comercial (DDD) | Telefone celular (DDD) |
| | | | <u>(059) 99125-9538</u> |

Bonito, 26 de Novembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180564151

Vítima: WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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



Seguradora Líder · DPVAT

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 | | | | | |
| 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 esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica | R\$ 13.500,00 | R\$ 10.125,00 | R\$ 6.750,00 | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.350,00 |
| 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 | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos | 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 inferiores | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés | R\$ 6.750,00 | R\$ 5.062,50 | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.687,50 | R\$ 675,00 |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho | | | | | |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar | | | | | |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo | R\$ 3.375,00 | R\$ 2.531,25 | R\$ 1.687,50 | R\$ 843,75 | R\$ 337,50 |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral | | | | | |
| 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 | R\$ 1.350,00 | R\$ 1.012,50 | R\$ 675,00 | R\$ 337,50 | R\$ 135,00 |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço | | | | | |



Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

| | |
|---|---|
| Descrição do cálculo | Cálculo de Atualização Monetária - Wellen Márcio Medeiros Cirqueira |
| Valor Nominal | R\$ 7.087,50 |
| Indexador e metodologia de cálculo | IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die. |
| Período da correção | 22/7/2018 a 1/4/2019 |
| Taxa de juros (%) | 1 % a.m. compostos |
| Período dos juros | 22/7/2018 a 8/4/2019 |

Dados calculados

| | | |
|--------------------------------------|----------|---------------------|
| Fator de correção do período | 253 dias | 1,022358 |
| Percentual correspondente | 253 dias | 2,235835 % |
| Valor corrigido para 1/4/2019 | (=) | R\$ 7.245,96 |
| Juros(260 dias-9,00638%) | (+) | R\$ 652,60 |
| Sub Total | (=) | R\$ 7.898,56 |
| Valor total | (=) | R\$ 7.898,56 |

Memória analítica do cálculo

| | |
|-------------------------------|-------------------------|
| Valor inicial | 7.087,50 |
| Data inicial | 22/7/2018 |
| Data final | 1/4/2019 |
| Periodicidade | Mensal |
| Metodologia de cálculo | Calculado pro-rata die. |

| Termo inicial | Termo final | Variação do período | Valor |
|---------------|-------------|---------------------|----------|
| 22/7/2018 | 1/8/2018 | 0,2060 (%) | 7.102,10 |
| 1/8/2018 | 1/9/2018 | 0,1300 (%) | 7.111,33 |
| 1/9/2018 | 1/10/2018 | 0,0900 (%) | 7.117,73 |
| 1/10/2018 | 1/11/2018 | 0,5800 (%) | 7.159,02 |
| 1/11/2018 | 1/12/2018 | 0,1900 (%) | 7.172,62 |
| 1/12/2018 | 1/1/2019 | -0,1600 (%) | 7.161,14 |
| 1/1/2019 | 1/2/2019 | 0,3000 (%) | 7.182,63 |
| 1/2/2019 | 1/3/2019 | 0,3400 (%) | 7.207,05 |
| 1/3/2019 | 1/4/2019 | 0,5400 (%) | 7.245,96 |

Acréscimos de juro, multa e honorários

| | | |
|---------------------------------|-----|---------------------|
| Juros(260 dias-9,00638%) | (+) | R\$ 652,60 |
| Sub Total | (=) | R\$ 7.898,56 |
| Valor total | (=) | R\$ 7.898,56 |

[Retornar](#) [Imprimir](#)

08/04/2019: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO.

Data: 08/04/2019

Movimentação: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO

Complemento: 4^a Vara Cível

Por: SISTEMA CNJ

PROJUDI - Processo: 0810810-91.2019.8.23.0010 - Ref. mov. 3.0
08/04/2019: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR.

Data: 08/04/2019

Movimentação: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR

Complemento: Registro de Distribuição

Por: SISTEMA CNJ

Data: 08/04/2019

Movimentação: RECEBIDOS OS AUTOS

Por: SISTEMA CNJ

08/04/2019: CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL.

Data: 08/04/2019

Movimentação: CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL

Por: SISTEMA CNJ

Data: 11/04/2019
Movimentação: CONCEDIDO O PEDIDO
Por: JARBAS LACERDA DE MIRANDA

Relação de arquivos da movimentação:
- Despacho_Inicial

11/04/2019: CONCEDIDO O PEDIDO . Arq: Despacho_Inicial



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
4ª VARA CÍVEL - PROJUDI
DO CENTRO CÍVICO, 666 - , Fórum Adv. Sobral Pinto - 2º andar - Centro - BOA VISTA/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4717 - E-mail: 4vcivelresidual@tjrr.jus.br

Processo: 0810810-91.2019.8.23.0010

Classe Processual: Procedimento Ordinário

Assunto Principal: Seguro

Valor da Causa: : R\$7.898,56

Autor(s)

WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA

Rua São Mateus, 131 - Cinturão Verde - BOA VISTA/RR - CEP: 69.312-371 - E-mail: medeiroswellenmarcio@gmail.com - Telefone: (95) 3131-1887

Réu(s)

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205

DECISÃO INICIAL

01. Não há pedido de tutela de urgência ou de evidência.

02. Renovando meu entendimento anterior, com base nos princípios da duração razoável do processo, celeridade processual e instrumentalidade das formas, hei por bem determinar a citação *on line* da parte Requerida, sem a designação de audiência de conciliação, conforme prescreve o artigo 334, § 4º, do Código de Processo Civil, ficando o réu ciente de que não apresentando defesa escrita no prazo de 15 (quinze) dias, por intermédio de advogado(s), presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos alegados na inicial, salvo se o contrário resultar da prova dos autos.

03. Essa medida se faz importante, diante do crescente número de processos nesta Vara, bem como para não inviabilizar a pauta de audiência deste juízo, além de que se torna mais econômico e viável a realização de audiência somente em casos de necessidade de produção de prova testemunhal. O que, nesse momento processual, ao meu entendimento, não restou configurado, mas futuramente poderá ser analisado por este juízo prováveis requerimentos dessa modalidade de prova judicial.

04. Em caso da parte Requerida ter apresentado resposta, comparecendo espontaneamente ao processo, nos termos do § 1º do Artigo 239 do Código de Processo Civil, considero válida a citação inicial da parte. Precedente: “A *finalidade da citação é dar conhecimento ao réu da existência de ação contra ele ajuizada, portanto o comparecimento espontâneo de pessoa legalmente habilitada remedeia qualquer possível irregularidade na citação, afastando sua nulidade*” (STJ, REsp 671.755/RS, Rel. Min. Castro Meira, 2ª Turma, jul. 06.03.2007, DJ 20.03.2007, p. 259).

05. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita, nos termos do artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

06. Constatou que o caso em tela trata-se de relação de consumo, e está presente o requisito da hipossuficiência do consumidor, assim, inverto o ônus da prova (CDC: inciso VIII, art. 6º).



11/04/2019: CONCEDIDO O PEDIDO . Arq: Despacho_Inicial

07. Eventual requerimento da parte para realização de exame pericial deverá constar expressamente da peça processual, sob pena de ser entendido desinteresse da parte na realização desta espécie de prova, prosseguindo-se o processo em seus ulteriores termos.

08. Nesse aspecto, neste momento processual já nomeio como perito(s)-médico(s) deste juízo o **Dr. Fernando Bernardo de Oliveira**, devendo o(a) senhor(a) Escrivão(a) no momento processual adequado marcar o exame pericial da parte autora de acordo com o cronograma de disponibilidade fornecido pelo mencionado profissional, conforme comunicação dirigida a este juízo, no endereço ali indicado.

09. Ressalvado meu entendimento pessoal sobre o tema, entretanto considerando as recentes decisões adotadas pelo Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, em nome do princípio da duração razoável do processo, hei por bem seguir aquele entendimento e, via de consequência, arbitrar os honorários do(a) senhor(a) perito(a) judicial em **R\$ 500,00 (quinhentos reais)**.

10. Assim, nos termos do § 1º, do Artigo 95 do Código de Processo Civil, determino o recolhimento prévio do respectivo valor em Cartório, dentro do prazo da contestação e respostas - 15 (quinze) dias, pela parte Requerida (**SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**), mediante guia própria, no site do TJ-RR, dando ciência ao(à) senhor(a) perito(a) judicial do depósito e para o início do exame.

11. Com a finalização do exame, com a entrega do laudo em juízo, independentemente de nova decisão judicial, autorizo o levantamento da quantia pelo(a) senhor(a) perito(a) judicial. Caso não seja recolhida a importância, no prazo fixado acima, será considerada falta de interesse da parte na realização dessa prova, seguindo-se o processo em seus demais atos processuais.

12. Em caso de necessidade de exames complementares (Raio-X, Tomografia computadorizada, etc.), deverá o(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial comunicar este juízo para intimação da parte para complementar o valor do exame médico-pericial, em nova decisão.

13. Fixo o prazo de 15 (quinze) dias para apresentação do laudo pericial, nos termos do Artigo 465 do Código de Processo Civil.

14. Deverá ainda o(a) Senhor(a) Escrivão(ã) providenciar o acesso aos documentos necessários ao(à) Senhor(a) Perito(a), via Sistema Virtual do PROJUDI, para o exame pericial e/ou fotocópias das principais peças processuais (se for o caso), essas últimas às expensas das partes.

15. Com a apresentação do laudo, deverá o(a) Senhor(a) Escrivão(ã) Judicial intimar as partes, via sistema PROJUDI, conforme disposto no parágrafo único do Artigo 433 do Código de Processo Civil.

16. Intimem-se as partes para, querendo, no prazo legal, contados da intimação desta decisão, indicar assistente técnico e apresentar seus quesitos, conforme faculdade do § 4º do Artigo 477 do Código de Processo Civil.

17. Nesse mesmo prazo, fica a parte intimada do dever de comparecimento ao local e horário indicado, ficando ainda à disposição do(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial, pelo prazo necessário e suficiente para a realização da perícia técnica. (O(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial deverá previamente indicar a este Juízo o local, horário ou outra forma de agendamento, através do Cartório, independente de nova decisão).

18. Nos termos do Artigo 474 do Código de Processo Civil, determino ao(à) Sr.(a) Escrivão(ã) que dê ciência às partes, via intimação pelo sistema PROJUDI aos seus respectivos advogados cadastrados, da data e local indicado pelo Senhor Perito para ter início à produção da prova pericial a entrega do laudo pericial, intimem-se as partes para ciência, com prazo de 05 (cinco) dias.

19. Cite-se. Intimem-se. Cumpra-se, com as cautelas de estilo.

Boa Vista/RR, data constante do sistema Projudi.



Jarbas Lacerda de Miranda
Juiz de Direito Titular da 4^a Vara Cível
(Assinado digitalmente)

Data: 15/04/2019

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (11/04/2019)

Por: Thairinny Melo Araujo de Almeida

Data: 15/04/2019

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de WELLLEN MARCIO MEDEIROS

CIRQUEIRA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO
(11/04/2019)

Por: Thairinny Melo Araujo de Almeida

15/04/2019: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 15/04/2019

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 15/04/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6)

CONCEDIDO O PEDIDO (11/04/2019) e ao evento de expedição seq. 7.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

16/04/2019: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 16/04/2019

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA) em 16/04/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (11/04/2019) e ao evento de expedição seq. 8.

Por: ANDRÉ CARLOS ISRAEL