



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, SIDNEI MORAIS DA CRUZ PROFISSÃO: CABELEIREIRO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO, FONE: 98113-6717,
E-MAIL: smoraismoraes@gmail.com RG: 263297
SSP- RR e CPF: 810.310.932-53, RESIDENTE Á
RUA: SD PM ARINEU FERREIRA LIMA N° 191,
BAIRRO: CARANA, 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 04 de 2019.

Sidnei Moraes da Cruz
Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR
Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 98406-9617
E-mail: adv.abhner@hotmail.com Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: SIDNEI MORAIS DA CRUZ

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO: CABELEIREIRO

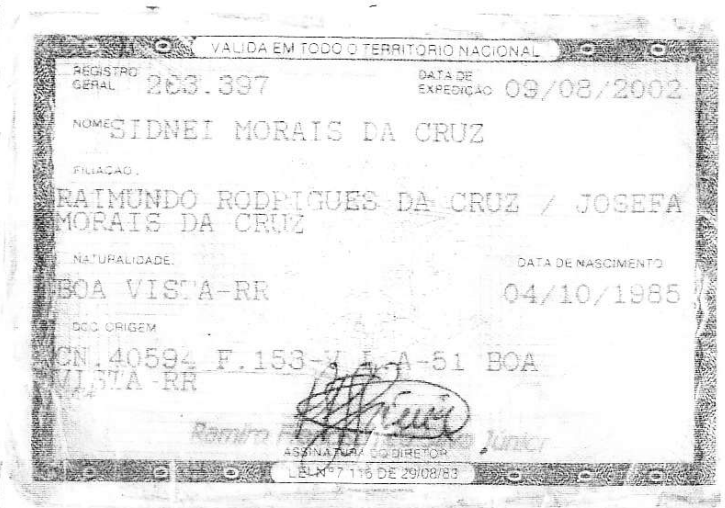
RG N° 263297 SSP/ RR CPF: 810.310.932-53

ENDEREÇO: R: SDPM ARINEU FERREIRA LIMA
191 CARANA.

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

Boa Vista/RR, 03 de 04 de 2019.

x Sidnei morais da cruz



13 MAR. 2019

10 01 CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR: SACINO DE ALIMENTOS LTDA.	
Rua: Araújo Filho, 284 - Centro	
Cidade: INSC. EST. 24.006192-8	
Endereço: CEP: 69.307-090	
Município: BOA VISTA UF: RR	
Esp. do Estabelecimento: Alimentador de R. ole	
Cargo: Pecuário	
CBO Nº: 9842-05	
Data de Admissão: 01 de Novembro de 2010	
Registro Nº: 01	
R.S. / FICHA: 02	
Remuneração Especificada: R\$ 5,30, 30 (trabalho e multa rescisória)	
Assinatura: Eduardo Napoleão	
CPF: 554.956.732-53	
Data de Saída: 29 de Janeiro de 2011	
Assinatura: Luiz N. Avelino Jr.	
CPF: 554.956.732-53	
Com. Dispensa CD Nº: _____	
FGTS Nº da Conta: _____	

11 CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR: DISTRIBUIDORA GLOBO LTDA ME	
Cidade: 12.939.794/0001-32	
Endereço: Rua: SCSA CRISTAL 383 A	
Cidade: SARANÁ - Boa Vista	
Município: BOA VISTA UF: RR	
Esp. do Estabelecimento: Comércio de	
Cargo: Atendente	
CBO Nº: 4110-05	
Data de Admissão: 04 de Janeiro de 2014	
Registro Nº: 01	
R.S. / FICHA: 02	
Remuneração Especificada: R\$ 565,00 (Gorjetas e 50% de sobreaviso)	
Assinatura: Elisângela Martins Borghini	
CPF: 554.956.732-53	
Data de Saída: 30 de Janeiro de 2012	
Assinatura: Elisângela Martins Borghini	
CPF: 554.956.732-53	
Com. Dispensa CD Nº: _____	
FGTS Nº da Conta: _____	

10 de 2019 - 31



CNPJ: 06.939.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.555.435-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.206-810

ATENDIMENTO
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: 249378

Novembro/2018

Dados do Cliente:

JOSEFA MORAIS DA CRUZ

Endereço para entrega:

RUA SDRM ARINEU FERREIRA LIMA, 191 - CAR
ANA BOA VISTA RR 69313-580

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.015.089.0136.000	3	2784	1 RESIDENCIAL
Hidrometro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
Y12S511476	04/10/2013	CORTADO	LIGADO
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 442	442	0	32
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 19/10/2018	20/11/2018		

ULTIMOS CONSUMOS

201810 0-0
201809 0-0
201808 0-0
201807 0-0
201806 0-30
201805 0-30

MEDIA 0

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 Q.M					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAIS	E.COLI
EXIGIDAS	158	158	158	158	158
ANALISADAS	208	208	208	208	208
CONFORMES	158	208	208	208	208

DESCRICAÇÃO CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA 0 M3 23,83

ESGOTO 80.0 % DO VALOR DE ÁGUA - 19,06

VENCIMENTO:

15/12/2018

TOTAL A PAGAR

42,89

AVISO: EM 31/10/2018 CONSTA DÉBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO

"RESERVA LENCENIADO NOS ÚTÍMOS 5 ANOS, APRESENTE-SE
DE 10 A 14 DE DEZEMBRO DE 2018 NO QUARTEL DA 1ª BRIGADA
DE INFANTARIA DE SELVA E REGULARIZE A SUA SITUAÇÃO MILITAR"



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
249378	11/2018	15/12/2018	42,89

82640000000- 4 42890004001- 8 00024937801- 9 11201870003- 2



Via do Cliente

Via da CAERR

13 MAR. 2019



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BOLETIM Nº 2588/2018	DELEGADO: Paulo André Teixeira Migliorin		
DATA: 30/11/2018	EQUIPE : DRRFVAT		
HORA: 16:37h	LOCAL DA OCORRÊNCIA: RUA José Carlos dos Prazeres , s/n –Jardim Caranã (em frente ao supermercado Leão)	DATA 29/11/18	HORA 10:15h

COMUNICANTE

NOME: ANTÔNIO SANTOS DA SILVA		RG:67229 SSP-RR	CPF: 225.359.262-52
NASC.: 20/05/1967	END: Rua SD PM ARINEU FERREIRA LIMA, 191 - CARANÃ.		
PAI: Eulalio da Silva		MÃE: MARIA RAIMUNDA ANICETO DOS SANTOS	
GRAU : SUPERIOR INCOMPLETO	NATURAL: BOA VISTA - RR	NACION: Brasileiro	
SEXO: M	IDADE: 51	ESTADO CIVIL: Separado judicialmente	
TEL CEL: 98113 – 6717/99165 - 1053	PROF: Funcionário Público Federal		

ENVOLVIDO

NOME: Sidnei Moraes da Cruz		RG:263.297 SSP-RR	CPF: 810.310.932-53
NASC.: 04/10/1985	END: SD PM ARINEU FERREIRA LIMA, 191 - CARANÃ		
PAI: Raimundo Rodrigues Moraes da Cruz		Mae: Josefa Moraes da Cruz	
GRAU : PJ	NATURAL: Boa Vista/RR	NACION: Brasileiro	
SEXO: M	IDADE: 34	ESTADO CIVIL: solteiro	
TEL CEL: 98113 - 6717	PROF: cabeleireiro		

ENVOLVIDO

NOME: Graça		RG: PJ	CPF: PJ
NASC.: PJ	END: Rua : Tenente Brás Barros da Silva, S/N – Jardim Caranã		
PAI: PJ		MÃE: PJ	
GRAU: PJ	NATURAL: PJ	NACION: Brasileira	
SEXO: M	IDADE: PJ	ESTADO CIVIL: casada	
TEL CEL: PJ	PROF: Comerciante		

HISTÓRICO

Senhor delegado, o comunicante veio a esta delegacia informar que o seu cunhado por nome de Sidnei Moraes da Cruz, se envolveu em um acidente no endereço acima citado; QUE a condutora da motocicleta BIZ a senhora Graça, após o acidente se evadiu do local; QUE a vítima o senhor Sidnei quebrou a perna direita e teve várias escoriações; QUE o cunhado do comunicante o senhor Paulo Sergio Moraes da Cruz, foi até a residência da senhora Graça questionar se a mesma iria ajudar nas despesas; QUE a senhora Graça informou que não iria ajudar em nada e que ele poderia ir atrás dos seus direitos; QUE o comunicante entrou em contato com a PM/RR para ir até o local do acidente e foi informado que não teriam como ir até o local, devido ter a falta da polícia militar não houve pericia; QUE O SAMU foi até o local do acidente e levou a vítima ao Hospital Geral de RR. É o relato

Kellyanne Paes Pereira
Agente de Polícia

Antônio Santos da Silva
COMUNICANTE

DESPACHO

DESPACHO

13 MAR. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – DAT

“Amazônia: Patrimônio dos brasileiros”



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 2588/2018/ CENTRAL DE FLAGRANTES**

O Sr.º

NOME: **SIDNEI MORAES DA CRUZ**

RG : **263297 SSP/RR**

SEXO: **MASCULINO**

DATA DE NASCIMENTO: **04/10/1985**

TELEFONE: **98113-6717**

ENDEREÇO: **RUA – SOLDADO PM ARINEU FERREIRA LIMA, 191**

BAIRRO: **CARANÃ**

O comunicante compareceu nesta especializa, para acrescentar/corrigir no Boletim de Ocorrência supracitado os Dados do Veículo e nome do Proprietário.

- **PLACA – NAV - 2140;**
- **CHASSI 9C2KC8105R037239;**
- **ROBSON DA SILVA MONTEIRO (PROPRIETÁRIO);**

Agente Carcerário de Polícia Civil
Givanildo da Silva Vieira
Matrícula: 042000855

Boa Vista - RR, 01 de Fevereiro de 2019.

SIDNEI MORAES DA CRUZ

Comunicante



13 MAR. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADANIA		DETRAN - RR Nº 011598528453 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIAJ	COD. RENAVAM	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
01	0039195230	2016	14/02/2017
ROBSON DA SILVA MONTEIRO		PLACA	PLACA
PR		982.826.032-87	MAP2140
PLACA ANT./UF	CHASSI	COMBUSTÍVEL	
9C2KCE105R037239	9C2KCE105R037239	GASOLINA	
ESPECIE TIPO	MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MO
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC	HONDA/CG 150 TITAN K5	2004	2005
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	VENC. COTA ÚNICA
2P/0149CC/	PARTICU	VERDE	1*****
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS	1*****
1*ISENTO*	*****	*****	*****
FAIXA IRVA.	PARCELAMENTO / COTAS	*****	*****
1*ISENTO (+ DE 10 ANOS)	*****	*****	*****
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
11.11	11.11	22.22	14/02/2017
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		OBSERVAÇÕES	
Francisco Assis da Silveira		DETRAN/RR	
100 VISTA - Diretor Presidente		DATA	
DETRAN/RR		14/02/2017	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA PARA PESSOAS TRANSITANDO EM RUAS, AVENIDAS OU VIAS DE TRAFEGO		RR Nº 011598528453 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTÉ O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT 982.826.032-87 2016		982.826.032-87 2016	
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEI Nº 2.763/99 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA		www.dpvatSegurodeTransito.com.br	
SAC DPVAT 0800 022 1204		EXERCÍCIO DATA EMISSÃO	
2016 14/02/2017		PLACA	
VIA D1 982.826.032-87		MAP2140	
RENAVAM	MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MO
00839195230	HONDA/CG 150 TITAN K5	2004	2005
CAT. TIF	Nº CHASSI	PRÊMIO TARIFÁRIO	
9C2KCE105R037239	9C2KCE105R037239	DENATRAM (R\$)	
FMS (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$129.04		R\$143.38	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL DO SEGURO (R\$)	
R\$4.15	R\$1.11	R\$292.01	
COTA ÚNICA	PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO	
X	PARCELADO	14/02/2017	
SEGUROADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.683/0001-04			
www.SegurodeTransito.com.br			

13 MAR. 2019



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

DECLARAÇÃO E RETIFICAÇÃO

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que consta registro de **SIDNEY MORAIS DA CRUZ** retifica-se por **SIDNEI MORAIS DA CRUZ**, RG 263.397 SSP/RR, deu entrada no PRONTO NO PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO (GRANDE TRAUMA), no dia 29/11/2018 às 11h39min, por motivo de ACIDENTE DE MOTO, recebendo os cuidados da equipe de plantão. Cód. de Atendimento: 1801040828.

Boa Vista-RR, 24 de Janeiro de 2019.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/n.º Bairro Novo Planalto – Cep.: 69360-000
mail: hosphgr@yaibest.com.br

13 MAR. 2019

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Sérgio Elmano Gomes, 3303		1ª Classificação / Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		2ª Classificação / Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		3ª Classificação / Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		Notificação P/SIDA P/SAR Chir MTE/WE	
501040026 29/11/2018 11:30:20		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		MTE/WE			
Paciente SIDNEY MORAIS DA CRUZ		Data Nascimento 04/10/1985		Idade 33 A 1 M 25 D		CNS		CPF	
Tipo Doc Documento		Órgão Emissor Data Emissão		Sexo M		Estado Civil UNIÃO		Raça/Cor PARDA	
Mãe JOZEFA MORAIS DA CRUZ		Endereço RUA - SALTADO PM ARINE - 191 - CARANA - BOA VISTA - RR		Naturalidade BOA VISTA - RR		Nacionalidade BRASILEIRA		Contato (95) 99122-1305	
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.		Registrado por JULIANE		Peso	
Queixa Principal		☐ Síndrome Febil ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem		GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6		TOTAL					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)		Reg. de Ref. Vitim de acidente motociclistas, referiu 330 km de Cepacati, Nela ficou e danificou. Ney e Aliny							
Exame Físico REG, MM, CH, LITE									
Hipótese Diagnóstica Rota trauma		Falta Son Sono + (HIV +)							
SADT - Exames Complementares ☒ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS									
PRESCRIÇÃO 10 Termol 100mg em água 11:30 Chloruro 2 - Cepacati 2g - EV 12:00		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO					
Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelar ☒ Transfêrência para		☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta: 1 1							
Destino Alta do Atendimento? ☐ Sim ☐ Não		Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico							
Assinado por: Juliane Data Hora: 29/11/2018 11:40:38									
102 - 102 - 102 - 102									



INTERCONSULTA:

Dr. MARCELO MARQUES

(20-)

Exatidão do relato é corroborada e confirmação
AVULSA DEVIDO AVALIAÇÃO DE FIMES COM MOTOCICLISTA
TA (SOL). CUIDAR MOTO X MOTO. ALTA DE LOCAL
DE IMPACTO ANTERIORES. NADA MAIS DE CONSERVAÇÃO OU
VOCITOS

RX: FRATURA EXPOSTA TÍBIA S.

Q: LMC EXTENSIVA COM FOCOS S LITROS, SUTU-

RX, CUIDAR, IMOBILIZAÇÃO, INCHADO,

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

13 MAR 2019

13 MAR. 2019

BLOCO B

Alta: 07.12.2018

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Tayma

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CNES	
HGR			
3 - NOME DO COORDENADOR DE SAÚDE (SOLICITANTE)		4 - CNES	
Sidney Marcos HGR			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Sidney Marcos do Cruz		80367	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
		04/10/85	
9 - SEXO		10 - NOME DA MÃE (Caso o responsável não seja a mãe)	
M		Sergio Marcos da Cruz	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, CIDADE)		12 - TELEFONE DE CONTATO (Nº e telefone)	
Rua Soldado Eu Aníbal - Corumbá			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CID, IBGE MUNICÍPIO	
Boa Vista		RR	
15 - UF		16 - CEP	
RR			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de acidente de trânsito (colisão moto x moto) com lesões traumáticas com fratura de MID. (fratura humeral direita sem).

17 - CONDIÇÕES DE SAÚDE ATUAL (HISTÓRICO)					
Procuramento cirúrgico					
18 - HISTÓRICO DE RESULTADOS DE EXAMES (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Histórico clínico, exames físico, RX.					
19 - OBSERVAÇÃO DE EXAMES (EXAMES)					
Fratura exposta ossos da perna @.					
20 - CID 10 PRINCIPAL		21 - CID 10 SECUNDÁRIO		22 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
25 - CLÍNICA	26 - NOME DA CLÍNICA	27 - DOCUMENTO	28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
		(CNS) (CPF)	
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	31 - ASSINATURA E CARIMBO DO INSC. DO REGISTRO DO CONSELHO
Dr. Marcelo Barros		23/11/19	Abhner Soares Ortopedia e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - NOME DO ACIDENTADO		33 - NOME DO CURADOR		34 - Nº DO BILHETE		35 - SÉRIE	
36 - NOME DA EMPRESA		37 - CIDR		38 - NOME DA EMPRESA		39 - CIDR	
40 - NOME DA EMPRESA		41 - CIDR		42 - NOME DA EMPRESA		43 - CIDR	

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
		030 8010019	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	
		T06p	
48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		49 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	
		S828 V295	

13 MAR. 2019

220-4

F-010

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE	Sedney, M. de Oly		
DIAGNÓSTICO	Fx exposta do osso da perna + RTV		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	29/11/19
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE	S/N	
2	AVF	MANTEA	
3	CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 6/6H <i>Morpen 1</i>		
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H		
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	SW	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SW	
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SW	
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N	SW	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SW	
11	CURATIVO DIAFO	NOTINA	
12	SSVY + CCGG 6/6 H	NOTINA	
13	<i>Clindamicina 600mg EV 6/6h</i>	<i>18.24.06.12</i>	
14	<i>Ceftriaxona 500mg - EV 18h</i>	<i>20</i>	
15			
16			
17			
18			
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),		
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

NIR
Regulado
para leito
F-01
Regulação Interna

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 295

15h PA: 137x84
FC: 92
TA: 36.9°C

SINAIS VITAIS	PA	T	TAX	FR
6 H	130x70	36	16	
12 H				
18 H	147x89	36	36.4°C	19
24 H	133x80	35	36°C	19

13 MAR. 2019

F-10 220.4 10

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HCR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	SIDNEY M. DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FRAT. EXP. OST. OSSO PERNA + RTV				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	920.4	DATA	30/11/18	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5A
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				18
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				18
4	TILATIL 20mg 12/12hs				18
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				18
6	TRAMAL 100MG - SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				18
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				18
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				18
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				18
10	SSVV + CCGG 6/6 H				18
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				18
14	CURATIVO DIÁRIO				18
15	CLINDAMICINA 600mg EV 6/6H				18
16	LEVOFLOXACINA 500mg EV 1X/8H				18
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				

12h Paciente no bloco medicado
Perim. com 15 não notificado por
não haver equipe no umidade
sem as curações An. em bloco ruim

EVOLUÇÃO MÉDICA:
Ao bloco para programação cirúrgica

19.30h PA=143/74
P=88
T=36.5
F.A. 72
Téc. enfermeira
conserv. 03/03/19

SIN. S VITAIS	PA	FC	Tem	FR
0h				
12h	136/80	74bpm	36.5°C	18mm
18h	138/66	82	36.3°C	
24h	100x60	82	36°C	

6h PA=110 x 70
P=78
T=35.86

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

Regulado
para leito
BLB/220-4 11:15
Regulação Interna

13 MAR. 2019

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	SIDNEY MORAIS DA CRUS				
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA D				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	220-4	DATA	01/12/2018
ÍTEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	SF0,9% 500ML S/N EV				S/N
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				S/N
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS OU VO 500MG 6/6HR				12-18
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				1
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				1
10	CURATIVO DIÁRIO				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 300MG VO 6/6HR				12-18
13	Ibuprofeno 500mg 1x dia ev OU VO 1X DIA				12-18
14	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				14
15	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS				20-08
SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250; 201-251-300; 401-301-350; 601-351-400; 801-401-450; 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 GL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
100X40 R85					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR
6 H					
12 H	124x79	87	-	37°C	
18 H	122x69	89	-	37.8°C	
24 H	105/64	82			

18H: Realizado os itens conforme Prescrição Médica. Não realizado item 16, não tem no setor. validado

Marinalda S. Richi
AUX. ENFERMEIRO

13 MAR. 2010

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	SIDNEY MORAIS DA CRUS				
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA D				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	220-4	DATA	02/12/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				(S/N)
2	SF0,9% 500ML S/N EV				
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS OU VO 500MG 6/6HR				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				(S/N)
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 300MG VO 6/6HR				30h
13	levofloxacin 500mg 1x dia ev OU VO 1X DIA				12-18-28-36
14	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				18-36
15	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS				20-08
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995/RR
6 H	109/64	79			
12 H	100x60	70		36°C	
18 H	110x63	68		36.1°C	
24 H	96/54	85			

13 MAR. 2019

220-4

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	SIDNEY MORAIS DA CRUZ				
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA D				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	220-4	DATA	03/12/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				-D SW
2	SF0,9% 500ML S/N EV				-D SW
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				-D SW
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS OU VO 500MG 6/6HR				-D SW
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				-D SW
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				-D SW
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				-D SW
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				-D SW
10	CURATIVO DIÁRIO				-D SW
11	SSVV + CCGG 6/6 H				-D SW
12	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 300MG VO 6/6HR				-D SW
13	levofloxacin 500mg 1x dia ev OU VO 1X DIA				-D SW
14	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				-D SW
15	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS				-D SW
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250; 2UI; 251-300; 4UI; 301-350; 6UI; 351-400; 8UI; > 400; 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	123x64	79			MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 15995-RR
12 H	137x81	80		36	
18 H	114x66	76		36	
24 H	110x70	92	19	36.6	

feito ssvv + medi-
cacio. cpm

Diana Rozen Wessner
Técnico em enfermagem
COREN-RR 555 DVA-JE

11h: Realizado AVP em MSD.
Profundo dor em MID,
medicacao cpm e neufr-
cado os ssvv
Andressa Seefeldt
CRM 15995-RR

03/12/18

fez medicado
E. P. M. Gomes Manoel
do Enfermagem
COREN-RR 1510 039-
pau

13 MAR. 2019

220-4

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE SIDNEY MORAIS DA CRUS					
AGNÓSTICO FX EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA D					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	220-4	DATA	04/12/2018
ÍTEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				-D SNV
2	SF0,9% 500ML S/N EV				-D SNV
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				-D SNV
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS OU VO 500MG 6/6HR				-D SNV
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				-D SNV
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				-D SNV
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				-D SNV
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				-D SNV
10	CURATIVO DIÁRIO				-D Rotina
11	SSVV + CCGG 6/6 H				-D gráfico
12	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 300MG VO 6/6HR				-D 12h
13	levofloxacin 500mg 1x dia ev OU VO 1X DIA				-D 12h
14	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				-D 12h
16	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS				-D 12h
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	117x75	90	-	36.4°	
18 H	120x70	94	21	37.0	
24 H	120x70	108		36.6	
					MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Dr Odinachi Okemiri Crm 1851-RR

13 MAR. 2019

2620-4

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	29/11/2018	DIH		DN	04/10/1985
PACIENTE	SIDNEY MORAIS DA CRUS				
AGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITO + RTV				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	33	LEITO	220-4	DATA	05/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				
4	CLINDAMICINA 600MG EV 8/6HRS OU 2CP (300MG) V.O 6/6HRS				MANTER
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				S/N
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SFC 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15	CURATIVO DIÁRIO				
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV OU 1 CP V.O				
17	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				
18	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP VO 12/12HRS				CI PACIENTE
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:

- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
- # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
- # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS					Dr Odinachi Okemiri Residente de Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR
6 H	PA	FC	FR	TX	
12 H	119/74	75	-	36.4C	
18 H	122/76	95		36.1	
24 H	110/70	90	-	-	

6H PA: 127x77
FC 93
T: 36.2

13 MAR. 2019

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA 																										
DATA DE ADMISSÃO	29/11/2018	DIH		DN	04/10/1985																					
PACIENTE	SIDNEY MORAIS DA CRUS																									
AGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITO + RTV																									
ALERGIAS		HAS		DM2																						
IDADE	33	LEITO	220-4	DATA	07/12/2018																					
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																					
1	DIETA ORAL LIVRE				SUB																					
2	AVP				10:00																					
4	CLINDAMICINA 600MG EV 8/6HRS OU 2CP (300MG) V.O 6/6HRS				12:00 18:00 24:00																					
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				7:00																					
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				7:00																					
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				7:00																					
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				7:00																					
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				7:00																					
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				7:00																					
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				7:00																					
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTIJA																					
15	CURATIVO DIÁRIO				m																					
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV OU 1 CP V.O				16:00																					
17	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				10:00																					
18	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP VO 12/12HRS				08:00 20:00																					
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:																										
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES																										
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.																										
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">SINAIS VITAIS</th> <th rowspan="5"> Dr. Odinechi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR </th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						SINAIS VITAIS				Dr. Odinechi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR	6 H	PA	FC	FR	12 H				18 H				24 H			
SINAIS VITAIS				Dr. Odinechi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR																						
6 H	PA	FC	FR																							
12 H																										
18 H																										
24 H																										

13 MAR, 2019

220-4



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Sidney Marcos Da Lins, 33 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 29 / 11 / 18, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura exposta tíbia (D) R-V
NO DIA 1 / 1 / 1, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 07 / 12 / 18, ÀS 12,00 hrs, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 17 / 12 / 18, ÀS 7,30 hrs, COM O
DR. Elder

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

BOA VISTA, 07 / 12 / 18

Dr. Odinachi Saramiti
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1854-RR

MÉDICO

13 MAR. 2019



53,9 %

29/11/2018 12:24:44

54,1 %

29/11/2018 12:24:44

SIDNEY MORAES ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ADRIANO LIMA



53,9 %

29/11/2018 14:38:10

54,1 %

29/11/2018 14:38:10

, SIDNEY MORAIS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	819.310.932-53	Sidnei Moraes da Cruz
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Sidnei Moraes da Cruz	819.310.932-53	
Profissão:	Endereço:	Número:
Cabeleireiro	Rua SPM Arineu Ferreira Lima	191
Bairro:	Cidade:	Estado:
Caranã	Boa Vista	RR
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
flaorm@hotmail.com	69313-580	(95) 99154-4282

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
☒ Itaú (341)	
☐ Banco do Brasil (001)	
☐ Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 1352	CONTA: 48690
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
		Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Boa Vista - RR
	Nome: Sidnei Moraes da Cruz
	CPF: 819.310.932-53
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

13 MAR. 2019



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 aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Inácio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sidinei Moraes da Cruz inscrito
(a) no CPF sob o Nº 819.310.932 / 53, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Sidinei Moraes da Cruz, inscrito (a) no CPF sob o Nº 819.310.932 / 53, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

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

Boa Vista-RR, 13 de Março de 2019
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



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

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190200117

Vítima: SIDNEI MORAIS DA CRUZ

Data do Acidente: 29/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIDNEI MORAIS DA CRUZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

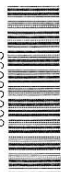
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00185/00186 - carta_01 - INVALIDEZ

00030093



Carta nº 14071687

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



ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

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

DrCalc / EasyCalc- Cálculos financeiros e judiciais pela web

<http://drcalc.net/correcao2.asp?descricao=&valor=7.087%2C5...>



Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	
Valor Nominal	R\$ 7.087,50
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	29/11/2018 a 1/4/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	29/11/2018 a 11/4/2019

Dados calculados

Fator de correção do período	123 dias	1,010354
Percentual correspondente	123 dias	1,035371 %
Valor corrigido para 1/4/2019	(=)	R\$ 7.160,88
Juros(133 dias-4,51006%)	(+)	R\$ 322,96
Sub Total	(=)	R\$ 7.483,84
Valor total	(=)	R\$ 7.483,84

Memória analítica do cálculo

Valor inicial	7.087,50
Data inicial	29/11/2018
Data final	1/4/2019
Periodicidade	Mensal
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.

Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
29/11/2018	1/12/2018	0,0127 (%)	7.088,40
1/12/2018	1/1/2019	-0,1600 (%)	7.077,06
1/1/2019	1/2/2019	0,3000 (%)	7.098,29
1/2/2019	1/3/2019	0,3400 (%)	7.122,42
1/3/2019	1/4/2019	0,5400 (%)	7.160,88

Acréscimos de juro, multa e honorários

Juros(133 dias-4,51006%)	(+)	R\$ 322,96
Sub Total	(=)	R\$ 7.483,84
Valor total	(=)	R\$ 7.483,84

Retornar Imprimir