

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2665062920200316112131

Processo 0806219-52.2020.8.23.0010 ☆ - (18 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10500 por pág.1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 10	16/03/2020 11:21:31	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
10.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2701419CONTESTACAOPROTOCOLADA01.pdfPúblico
10.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2701419CONTESTACAOPROTOCOLADAAnexo02.pdfPúblico
10.3	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdfPúblico
[+] 9	06/03/2020 17:56:30	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
8	03/03/2020 16:56:02	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 03/03/2020 referente ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
[+] 7	03/03/2020 16:03:19	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	EGILAINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciária
[+] 6	02/03/2020 10:17:35	CONCEDIDO O PEDIDO	EDUARDO MESSAGGI DIAS Magistrado
5	26/02/2020 14:59:24	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	26/02/2020 14:59:23	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	26/02/2020 14:59:23	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	26/02/2020 14:59:23	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
[+] 1	26/02/2020 14:59:23	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	EDSON SILVA SANTIAGO Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08062195220208230010

SÚMULA 474 STJ: “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JANDERSON FARIAS SICSU**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **30/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **22/07/2019**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão espositiva na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, conforme podemos observar no laudo a seguir:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190655586	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: JANDERSON FARIAS SICSU	Data do acidente: 30/06/2019	Seguradora: MBM SEGURADORA S/A		
PARECER				
Diagnóstico: FRATURA DA Pelve				
Descrição do exame físico: ABDÔMEN: PRESENÇA DE CICATRIZ DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA MIE/PELVE: TESTE DE PATRICK POSITIVO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA ABDUÇÃO DO MIE + CREPITAÇÃO EM ARTICULAÇÃO COXO/FEMORAL, COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO DO CORPO SOMENTE COM O MIE + CLAUDICAÇÃO				
Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO NA PELVE + LAPAROTOMIA EXPLORADORA DEVIDO DISTENSÃO ABDOMINAL (SEM LESÃO DE ÓRGÃO); FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM NOVEMBRO DE 2019 E EVOLUIU COM SEQUELA				
Sequelae permanentes: QUADRIL ESQUERDO: COMPROMETIMENTO ANATOMO FUNCIONAL EM GRAU ACENTUADO, MEMBRO INFERIOR ESQUERDO: COMPROMETIMENTO ANATOMO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO				
Sequelae: Com sequela				
Data do exame físico: 06/12/2019				
Conduta mantida:				
Observações: DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO MÉDICA A FRATURA DE PELVE COM A DESCRIÇÃO APRESENTADA SE RELACIONA À RESTRIÇÃO DE MOVIMENTOS EM QUADRIL ESQUERDO. ENTENDEMOS ASSIM QUE O ATO INDENIZATÓRIO ESTEJA LIGADO A SEQUELA INTENSA DE QUADRIL ESQUERDO				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para

inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **30/06/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	12/12/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANDERSON FARIAS SICSU

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03436

CONTA: 000001075700-4

Nr. da Autenticação D36AF8D87C0C9848

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁶ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

⁷ art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 3 de março de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- 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;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

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 baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JANDERSON FARIAS SICSU**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08062195220208230010.

Rio de Janeiro, 3 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190655586
Nome do(a) Examinado(a):	JANDERSON FARIAS SICSU
Endereço do(a) Examinado(a):	AVENIDA MANOEL ANICETO PONTES 714 EQUATORIAL
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	508.564.132-91
Data e local do acidente:	30/06/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 06/12/2019

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM CONSEQUENTE POLITRAUMATISMO: FRATURA DA PELVE

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO NA PELVE + LAPAROTOMIA EXPLORADORA DEVIDO DISTENSÃO ABDOMINAL (SEM LESÃO DE ÓRGÃO); FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM NOVEMBRO DE 2019 E EVOLUIU COM SEQUELAS

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ABDÔMEN: PRESENÇA DE CICATRIZ DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA

MIE/PELVE: TESTE DE PATRICK POSITIVO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA ABDUÇÃO DO MIE + CREPITAÇÃO EM ARTICULAÇÃO COXO/FEMORAL, COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO DO CORPO SOMENTE COM O MIE + CLAUDICAÇÃO

IV) Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

QUADRIL E: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO FUNCIONAL EM GRAU ACENTUADO

MIE: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): QUADRIL ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela): MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) . * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.


Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414144/19

Vítima: JANDERSON FARIAS SICSU

CPF: 508.564.132-91

Data do acidente: 30/06/2019

Titular do CPF: JANDERSON FARIAS
SICSU

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JANDERSON FARIAS SICSU : 508.564.132-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/11/2019
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655586

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JANDERSON FARIAS SICSU

Data do acidente: 30/06/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA Pelve

Descrição do exame ABDÔMEN: PRESENÇA DE CICATRIZ DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA

físico: MIE/PELVE: TESTE DE PATRICK POSITIVO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA ABDUÇÃO DO MIE + CREPITAÇÃO EM ARTICULAÇÃO COXO/FEMORAL, COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO DO CORPO SOMENTE COM O MIE + CLAUDICAÇÃO

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO NA PELVE + LAPAROTOMIA EXPLORADORA DEVIDO DISTENSÃO ABDOMINAL (SEM LESÃO DE ÓRGÃO); FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM NOVEMBRO DE 2019 E EVOLUIU COM SEQUELA

Sequelas permanentes: QUADRIL ESQUERDO: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO FUNCIONAL EM GRAU ACENTUADO
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO MEDICA A FRATURA DE PELVE COM A DESCRIÇÃO APRESENTADA SE RELACIONA À RESTRIÇÃO DE MOVIMENTOS EM QUADRIL ESQUERDO. ENTENDEMOS ASSIM QUE O ATO INDENIZATÓRIO ESTEJA LIGADO A SEQUELA INTENSA DE QUADRIL ESQUERDO

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655586

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JANDERSON FARIAS SICSU

Data do acidente: 30/06/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA PELVE

Descrição do exame ABDÔMEN: PRESENÇA DE CICATRIZ DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA

físico: MIE/PELVE: TESTE DE PATRICK POSITIVO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA ABDUÇÃO DO MIE + CREPITAÇÃO EM ARTICULAÇÃO COXO/FEMORAL, COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO DO CORPO SOMENTE COM O MIE + CLAUDICAÇÃO

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO NA PELVE + LAPAROTOMIA EXPLORADORA DEVIDO DISTENSÃO ABDOMINAL (SEM LESÃO DE ÓRGÃO); FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM NOVEMBRO DE 2019 E EVOLUIU COM SEQUELA

Sequelas permanentes: QUADRIL ESQUERDO: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO FUNCIONAL EM GRAU ACENTUADO, MEMBRO INFERIOR ESQUERDO: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO MEDICA A FRATURA DE PELVE COM A DESCRIÇÃO APRESENTADA SE RELACIONA À RESTRIÇÃO DE MOVIMENTOS EM QUADRIL ESQUERDO. ENTENDEMOS ASSIM QUE O ATO INDENIZATÓRIO ESTEJA LIGADO A SEQUELA INTENSA DE QUADRIL ESQUERDO

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655586 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANDERSON FARIAS SICSU **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL. P20
TRAUMA TESTICULAR. P33
DISJUNÇÃO DE SÍNFISE PÚBLICA. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA ; QUADRIL: FIXADOR EXTERNO). P 2, 39
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @40

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655586 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANDERSON FARIAS SICSU **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL. P20
TRAUMA TESTICULAR. P33
DISJUNÇÃO DE SÍNFISE PÚBLICA. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA ; QUADRIL: FIXADOR EXTERNO). P 2, 39
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @40

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JANDERSON FARIAS SICSU

Identidade: 140326 SSP/RR CPF: 508.564.132-91

Naturalidade: PARINTINS/AM **Nacionalidade:** BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO **Profissão:** SUPERVISOR DE VENDAS

Endereço: AV MANOEL ANICETO PONTES, 714 - EQUATORIAL

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR CPF: 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT .

Boa Vista-RR, 07 de agosto de 2019.



Janderson Farias Sicsu

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655586

Vítima: JANDERSON FARIAS SICSU

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANDERSON FARIAS SICSU

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



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655586

Vítima: JANDERSON FARIAS SICSU

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JANDERSON FARIAS SICSU

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655586

Vítima: JANDERSON FARIAS SICSU

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANDERSON FARIAS SICSU

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JANDERSON FARIAS SICSU

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 033

Agência: 000003436

Conta: 000001075700-4

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

50856413291

4 - Nome completo da vítima:

JANDERSON FARIAS SICSU

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

5 - Nome completo:

JANDERSON FARIAS SICSU

7 - Profissão:

SUPERV. DE VENDAS

8 - Endereço:

AV. MANOEL ANICETO PONTES

6 - CPF:

50856413291

11 - Bairro:

EQUATORIAL

12 - Cidade:

BOA VISTA

9 - Número:

714

10 - Complemento:

-

15 - E-mail:

LUANNA.SOU22A71@HOTMAIL.COM

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69317-346

16 - Tel. (DDD):

95991168367

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

BOA VISTA, 15/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CPF 001 1/007/2010

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANDERSON FARIAS SICSU

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03436

CONTA: 000001075700-4

Nr. da Autenticação D36AF8D87C0C9848



Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0107525-0

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 968/13

Nº da Nota Fiscal: 003302320

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	06/08/2019	214	205,71

WANDERLEIA DO NASCIMENTO MEIRELES
AV MANOEL ANICETO PONTES 714 EQUATORIAL
CONJUNTO CRUVIANA II
CEP: 69.300-000 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.06.024600

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	13568		Atual: 23/07/2019
Anterior:	13354		Anterior: 21/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 23/08/2019
Consumo Medido:	214		Emissão: 22/07/2019
Consumo Faturado:	214	FCAM	Apresentação: 23/07/2019

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	141DB00516		1.1.1.2	202

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 148	CONSUMO 214 A R\$ 0,764602 = 163,62
MAI/19 176	CORRECAO MONETARIA DA 04/19-00 0,19
ABR/19 308	CORRECAO MONETARIA IG 04/19-00 3,54
MAR/19 241	MULTA POR ATRASO DE I 04/19-00 2,31
FEV/19 199	JUROS DE MORA POR ATR 04/19-00 0,54
JAN/19 212	MULTA POR ATRASO 04/19-00 4,87
DEZ/18 146	JUROS DE MORA DE IMPO 04/19-00 5,11
NOV/18 276	ILUMINACAO PUBLICA 25,53
OUT/18 264	
SET/18 173	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 214 - 0,654620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a pagamento do fomento de energia elétrica a partir de 01/03/2019, em função das contas faturadas nesta fatura. O valor pago pelo fomento de energia elétrica não é incluído no valor do consumo, na cobrança, portanto, não há incidência de juros e multa por atraso. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO 83AC.E589.B642.ACBB.D5C6.B3E1.AF7B.6D05

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 42,04	Base de Cálculo: 163,62
Energia: 89,14	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 27,81
Encargos: 4,63	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 27,81	Valor do COFINS: 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,87	
7,92			14,00			1,12	
DISTRITO					05/2019		57,74

ROT: 7.001.28.06.024600



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0107525-0

TOTAL A PAGAR - R\$
205,71

MÊS FATURADO
07/2019

VENCIMENTO
06/08/2019

Nº da Nota Fiscal:

003302320 FCAM

83670000002 6 05710075000 9 000000000107 3 52500719008 1





RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3299545

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 07/2019	PERÍODO DE CONSUMO 22-JUN-19 a 23-JUL-19
CONSUMO (kWh) 498	VENCIMENTO 10-AUG-19	TOTAL A PAGAR R\$ 441,84

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



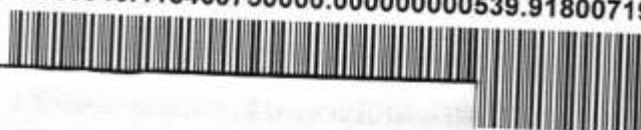
RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 07/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 441,84
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836300000046.418400750000.000000000539.918007190054



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES** inscrito (a) no CPF nº 294.316.382-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **JANDERSON FARIAS SICSÚ** inscrito(a) no CPF sob o nº **508.564.132-91** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **JANDERSON FARIAS SICSÚ** inscrito (a) no CPF sob nº **508.564.132-91**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

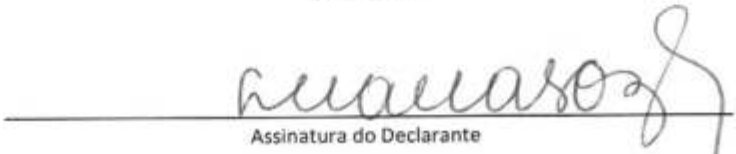
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço RUA SD.PM.JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA		Número 359	Complemento
Bairro CARANÃ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.313-572
Email luanna.souza71@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367

Boa Vista-RR, 15, 10, 2019

Local e Data


Assinatura do Declarante



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

BOLETIM OPERATÓRIO

JANKESON LARIAS

Data 01.08.19

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Lesão Sínovial Pulverizada (Lesão Aguda)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

Tm Cirúrgica

TIPO DE INTERVENÇÃO

Remoção + fixação externa

METABÓLICAS E ACIDENTES

Q

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

O mesmo

QUIRURGO

Dr. Marcus

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR

INSTRUMENTADORA

3º AUXILIAR

ANESTESIA

ANESTESISTAS

ANESTÉSICO

NOME

FM

DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em 01 de 01 de 2019 para anestesia
- 2) Anestesia + anestesia + campo
- 3) Remoção + fixação externa
- 4) RPA
- 5) RPA
- 6) RPA

Dr. Marcus Brenner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12457

Deborah Maia
Ortopedista
Médica
CRM 12457

Dr. Marcelo Arruda
Ortopedista
CRM 12457

Assinatura

BLACK STAR

Alto 12.07.19

COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS
DE GUATEMALA

HERN
HERN

Sananton para Sica.

900000079484105

10 08 45

173735

Letizia Farias Sica

AO General Farias Telle 1582 Bunita

80

12 A

Particulars of Letia Sica's flight

770 children



Letia Sica's flight (Luna Allen)

Fianza Farias

OROP. UROANE

ON. URRAS

DIPTHE

Manus Brunner
Comando en Jefe
Fuerzas Armadas
de Guatemala
18/7/68

0408040754
339
V299

ate 7.7

FIGURA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CARGA

NOME DO PACIENTE:		APELIDADO		Nº DO PRONTUÁRIO		DATA	
FERNANDA ALVES						14/04/2014	
CIRURGIA				TEMPO DE DURAÇÃO			
TPO				INICIO		TEMPO TOTAL	
Prostectomia da Glândula				02:00		02:40	
CIRURGIÃO				EQUIPE MÉDICA			
Dr. Francisco				ANESTESISTA:		Dr. Evandro	
1ª AUXILIAR				RES. ANESTESIA:		Dr. Bruno	
2ª AUXILIAR				INSTRUMENTADOR			
CIRURGIÃO				CIRCUANTE			
Dr. Francisco				Dr. Bruno			
TEMPO DE DURAÇÃO:				TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.				QUANT.			
MATERIAIS				MEDICAMENTOS			
1. FOLHA COMPRESSAS C/60 UNID.				FRASCOS SORO FISIOLÓGICO			
0. PACOTES GAZE				FRASCOS SORO RINGER LACTADO			
3. LUVA ESTÉRIL 5.0				FRASCOS SORO GLICOSADO			
LUVA ESTÉRIL 7.5				FIO VICRYL Nº			
LUVA ESTÉRIL 8.0				FIO MONONYLON Nº			
LUVA ESTÉRIL 8.5				FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº			
2. LUVA ESTÉRIL 8.5				FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº			
LUVAS P/ PROCEDIMENTOS				FIO CATGUT SIMPLES Nº			
LÂMINA BLANCO Nº				FIO CATGUT CROMADO Nº			
DRENO DE SUÇÃO Nº				FIO PROLENE Nº			
DRENO DE TORAX Nº				FIO SIDA Nº			
DRENO DE PUNÇÃO Nº				SLRGECEL			
SERINGA 0.5 ML				CERA P/ OSO			
SERINGA 0.5 ML				K/CLARATA Nº			
SERINGA 0.5 ML				GROFOAM			
SERINGA 10 ML				FITA CARDIACA			
SERINGA 20 ML				OUTROS: Agulha P/ corte			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS FM SALA				DEBITAR NA C/C DO PACIENTE			
INSTRUMENTADOR (A)				MATERIAL MEDICAMENTOS			
ENFERMEIRA CHUVE				SOMA TOTAL			
FUNÇÃO/CÁLCULO				TAXA DE SALA			
CIRCUANTE DE SALA				TAXA DE ANESTESIA			
				SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE							



HOSPITAL GERAL DE SOROCABA

ORÇAMENTO - DESCRIÇÃO DE MATERIAIS MÉDICOS

Estabelecimento:

HOSPITAL GERAL DE SOROCABA

Data do orçamento:

Jardim de Fátima Sorocaba

C.C.

Prestador:

Chaperon

Processo Financeiro Solicitante:

TCO Cirúrgico em joelho de Sangre Pube

SE CO. PROLATAÇÃO

Nº da Orç.

01

Contato de Celular

Helma / Edjanyela / Laura

Valor do Orç. Total: R\$ 1.200,00 - Valor do IPI: R\$ 120,00 - IMPOSTO:

Valor do Material/Servico:

Hospital Geral de Sorocaba X:

Especificações:

Dados Adicionais:

DESCRITIVO DO ITEM

ITEM

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

QTD

01 Sistema de fixação de osso sortido femur. Pico 01 01 Bonafix

02 Pino intramedular 5980-RXC X 4,5 X 200 XT 01 01

Local: 00458 Código: 345 3 300
 SISTEMA DE FIXAÇÃO DE OSSE
 BARTORI - LINE FIX
 FICHA TÉCNICA F 400 R57EIGT.
 Fab: 22/10/2019 Val: 10/2023
 Registro Anvisa Nº 8088280012
 Material ACO INOX ALTERNATIVO

End: Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
 CNPJ: 04.961.623/0001-00 - Rio Claro - SP
 Tel: +55 19 3538-1930 info@guilherme.com.br

Local: 00915 Código: A735 8 680
 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
 XC X 4,5 X 200 XT

Fab: 23/11/2019 Val: 12/2023
 Registro Anvisa Nº 8088280012
 Material ACO INOX 7130

End: Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
 CNPJ: 04.961.623/0001-00 - Rio Claro - SP
 Tel: +55 19 3538-1930 info@guilherme.com.br

N/T

Dr. Marcus Brunner
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 19178/RJ



MINISTÉRIO DA DEFESA
FORÇA AEREA
COMANDO EM CHEFE
FORÇA AEREA DE COMANDO
FORÇA AEREA DE COMANDO

Fls. 01

Assunto: ...

Assunto: ...

Assunto: ...

Assunto: ...

Assunto: ...

Assunto: ...

Assunto: ...

Assunto: ...

Assunto: ...

Assunto: ...

Assunto: ...

Assunto: ...

Assunto: ...

Assunto: ...

Assunto: ...

Assunto: ...

Assunto: ...

Assunto: ...

Assunto: ...

Assunto: ...

Assunto: ...

Assunto: ...

Assunto: ...

Assunto: ...

Lote: 005443 - Código: FOR 1201
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LONEX
Av. R. Irmã J. C. 100 - Jd. L. 1000
Fav. 29, 10 2118 - Valo 10/2021
Página Anexa Nº 81083420041
Material ACU INOX ALUMINIO

Lote Oculares Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.561.615-0001-01 - Rio Claro - SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.com.br

Assunto: ...

1ª Via - ...

2ª Via - ...



CONFERÊNCIA DE RESOLUÇÃO
Nº 10.001/2001 DO CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA

CARTELA DE SINTOPHIA

Dr. Cirurgião

Fixação Esterna Ombro direito

Data 02.07.19

Local José de Sá - Fátima - São Paulo

Dr. Procedimento

Local

Procedimento Fixação

Conf. Referência Externa

Material Utilizado:

Lote: 005448 Código: FM 3 200
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSEEA
SARTORI - LIMPO
JEDON/BACIA 1 400 - ESTERIL
Fab: 25/10/2018 Val: 10/2023
Registro Anvisa Nº 8093628031
Atividade ADO (NOX) ATIVAMENTO

Tela Grátis para SARTORI & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.041.623/0001-08 - Rio Claro, SP
Tel: +55 19 3534-1910 sartori@oscar.com.br

Dr. Man Souto Major
Ortopedia e Traumatologia
Medicina do Trabalho
SANTO ANTONIO
RUA 454 RDS 991

WILLIAM ROCHA JUNIOR

1ª VIA - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª VIA - CME

ANEXO DO PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

ANEXO DO PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

ANEXO DO PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

ANEXO DO PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

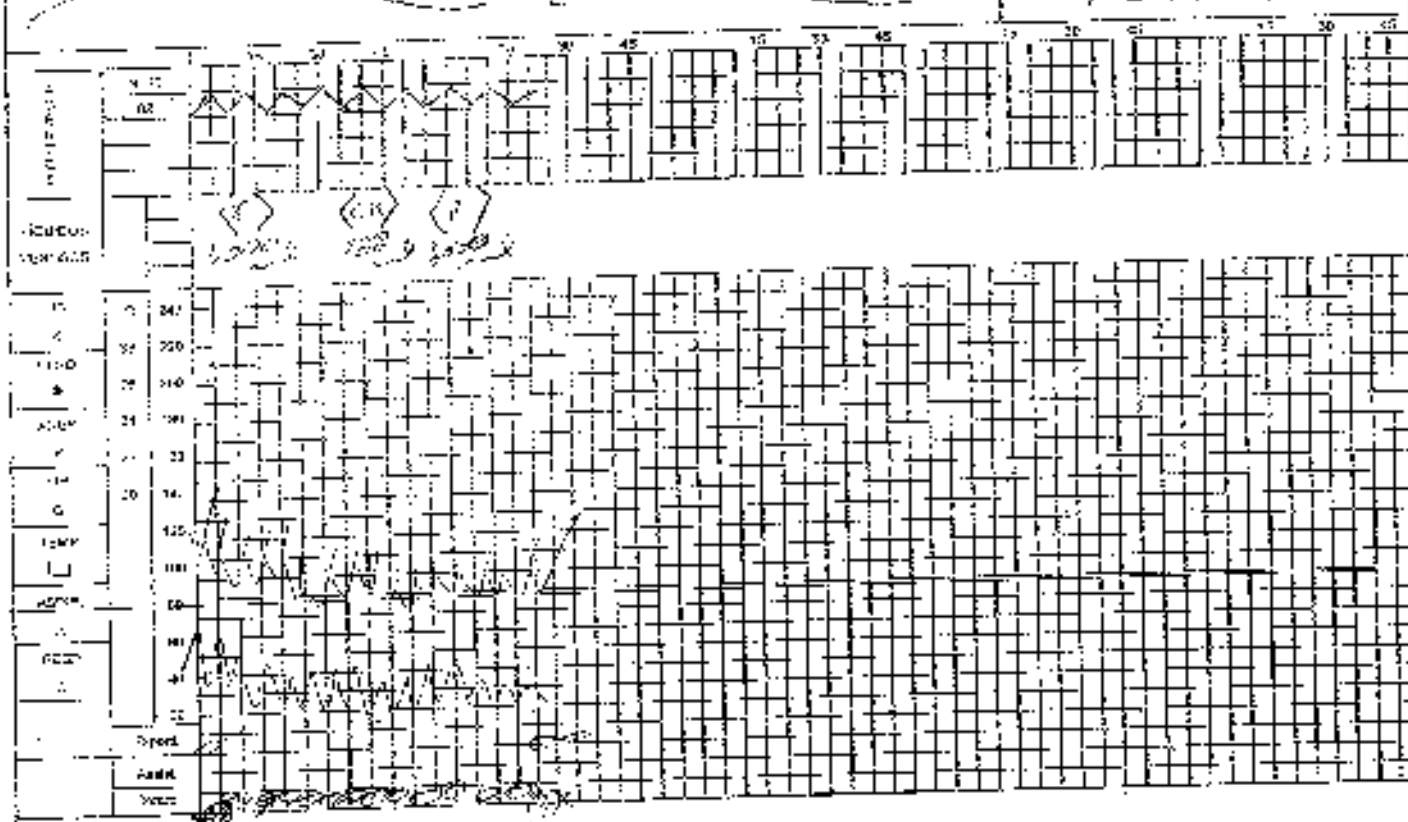
PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

PROJETO DE LEI Nº 1.234/78

[illegible]

08/07/14



NAME	DATE	MARKS
1. <u>Shankar Lal</u>	<u>10/10/19</u>	<u>100</u>
2. <u>Shankar Lal</u>	<u>10/10/19</u>	<u>100</u>
3. <u>Shankar Lal</u>	<u>10/10/19</u>	<u>100</u>

[illegible][illegible]

NO ALLAMANO A
RIPRESA DI
AGE 19?

2000000000
racoon *triglopor* : *Chrysom.*
 ① *Chrysom.* *triglopor* *set* *in*
mer *una* *fact*
 can 072 1001.

- (2) *Stictopogon* 25.0 mg
- (3) *Stictopogon* 25.0 mg
- (4) *Stictopogon* 25.0 mg

1. Name of the Party: _____ 2. Address: _____ 3. Signature: _____ 4. Date: _____	5. Name of the Party: _____ 6. Address: _____ 7. Signature: _____ 8. Date: _____
---	---

- ① Performance song in
- ② Drama song in
- ③ Lullaby song in
- ④ Shopping + marketing

102-2

RCP

102-2

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

RAÇA

ITEM

HAS

NEGA

ENF

NEGA

LETO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

DIETA ORAL LIVRE

SMP SNG 9% 500ml 1X/24h

CEFALOXINA 1G EV 6/6H

TILATEL 20mg 12/12h

DIPRONA 200mg EV 6/6h

TENDAL 100MG + SF 0.5% 100ml 2V/24h 0.5ml/20seg; VO DE 1/2 a 1/3 de 1/2 de 1/2

PLASOL 10 mg EV 8/8h (S/N)

TRAMADOLINA 50MG EV 8/8h

SIMPLICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8h (S/N)

BSVV + CCGG 6/6h

CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS 160 F/OU PAS 160 MMHG

CURATIVO DIÁRIO

LETERAL 40 mg EV 12/12h

TRAMADOL 50 mg EV 8/8h

PLASOL 500mg (S/N) EV 8/8h

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA R. QUANT. 150U

CONFORME ESQUEMA: 700-250; 231; 251-300; 301-350; 351-400; 401-450; 451-500; 501-550; 551-600; 601-650; 651-700; 701-750; 751-800; 801-850; 851-900; 901-950; 951-1000

251-400; 8U; 400-500; 10 U; 501-600; 12 U; 601-700; 14 U; 701-800; 16 U; 801-900; 18 U; 901-1000; 20 U

40 ML EV + AVISAR DIABETISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Oligo - traumatismo

no bloco para programação cirúrgica

18:35

PA: 170x100

P. 98

T. 35.9

Ao Bloco.

Paciente apresentando

no CC.

Obs: 120h PA: 110x60 P. 97

Ao Bloco.

Dr. Marcus Brunner

Médico Residente

Ortopedia e Traumatologia

R. 100

PA 170x80

P. 2.2 RPM

MÉDICO RESIDENTE EM

ORTOPEDIA

TRAUMATOLOGIA

12h diurese: 500 - L

Fenilbutaril 300mg (S/N) EV 8/8h

Fenilbutaril 300mg (S/N) EV 8/8h



FICHA DE MATERIAIS E CONSUMÍVELS EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE Janderson Farias Silva		APT. OU U.F.T.O.	Nº DO PRON. ÚNICO 1901129352	DATA 02/09/19	
CIRURGIA Laparoscopia exploratória +		TEMPO DE DURAÇÃO			
TIPO Fluoscopia Externa de guidão		INÍCIO 06:01	TEMPO 07:25	TEMPO TOTAL	
EQUIPE MÉDICA		ANESTESISTA: Dr. Edmar			
CIRURGIÃO Dr. Heuler Grossi		RES. ANESTESIA: Res. Edmarcel			
1º AUXILIAR Dr. Edmar		INSTRUMENTADOR Dr. Rudson R.			
2º AUXILIAR		CIRCULANTE Cláudia e Helma			
TEMPO DE DURAÇÃO					
TIPO DE ANESTESIA Gerol					
ANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	ESPECIFICAÇÕES	VALOR
☒	PCT'S COMPRESSOR C/03 UNID.		☐	FRASCOS SORO FISIOLÓGICO	500ml
☐	PACOTUS GAZE			FRASCOS SORO RINGER LACTADO	
☐	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS SORO GLUCOSADO	
☐	LUVA ESTÉRIL 7.5		☐	HIO VICRYL Nº 1	
☐	LUVA ESTÉRIL 8.0		☐	FIO MONONYLON Nº 3-0	2-0
☐	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☒	LUVAS EM PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
☐	LÂMINA DÍSTIL Nº 23			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO NEDA Nº	
☐	SRINGA 0.1ML			SURCHCEL	
☐	SRINGA 0.5ML			CERA P/ OSSEO	
☐	SRINGA 1.0ML			Equipe p/ segue	
☐	SRINGA 2.0ML			Equipe p/ segue	
☐	cateter de 02		☒	Equipe p/ segue	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMÍVELS EM SALA DE CIRURGIA VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA FICHA DO PACIENTE		VALOR	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAIS E MEDICAMENTOS			
	Silvanil	SUB-TOTAL			
FUNCIONÁRIO(C)S	CIRCULANTE DO SALA	TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTA BANCÁRIA					



Fórmula com Furox 500mg

BOLETIM OPERATÓRIO

Data 06/05/2016

OS

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO

Tumor intestinal

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

Cirurgia

TIPO E INTERVENÇÃO

COMPLICAÇÕES E AGENTES

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

Tumor

CIRURGIÃO

Dr. Helder

1º AUXILIAR

Dr. E. C.

2º AUXILIAR

Dr. E. C.

INSTRUMENTADORA

ANESTESIA

3º AUXILIAR

ANESTÉSICO

ANESTESISTAS

FM

DURAÇÃO

INÍCIO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DPH + Anestesia Geral.
- 2) Abcisa + insucesso na tentativa de aspirar o conteúdo da placa.
- 3) Insucesso na tentativa de aspirar o conteúdo da placa.
- 4) Insucesso na tentativa de aspirar o conteúdo da placa.
- 5) Insucesso na tentativa de aspirar o conteúdo da placa.
- 6) Insucesso na tentativa de aspirar o conteúdo da placa.
- 7) Insucesso na tentativa de aspirar o conteúdo da placa.
- 8) Insucesso na tentativa de aspirar o conteúdo da placa.
- 9) Insucesso na tentativa de aspirar o conteúdo da placa.
- 10) Insucesso na tentativa de aspirar o conteúdo da placa.

Dr. E. C. R. S.
Cam 1245

Boletim Operatório
Número 1245
Data 06/05/2016
Assinatura do Cirurgião
Assinatura do Anestesiologista
Assinatura do Instrumentador



Nome: Fredylen Farias Xavier

Data de Nascimento: 10/08/95 Idade: 23

Sexo: M

Termo de Consentimento Cirúrgico: Sim ☒ Não ☐

Serificação: 1024

Termo de Consentimento Anestesia: Sim ☒ Não ☐

Data: 02/07/19

Adriano

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Nome: Fredylen Farias Xavier

Data de Nascimento: 10/08/95

Sexo: M

Termo de Consentimento Cirúrgico: Sim ☒ Não ☐

Serificação: 1024

Termo de Consentimento Anestesia: Sim ☒ Não ☐

Data: 02/07/19

Adriano

INTA-OPERATÓRIO

Intervenção: 65 421 65 50 06 10 07 05

Procedimento: Cervical

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

ANESTESIA

Intervenção: 65 421 65 50 06 10 07 05

Procedimento: Cervical

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Ata do Paciente)

Paciente: Frederico

Data: 02/07/19

Procedimento: Cervical

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

Resposta: clavado

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

Q. M. TO LETO

N. DE FOLHAS 100

100-2

Prescrição Diária

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

Prescrição

See Below

Dr. Otaggio Fleming

100-2

100-2

100-2

100-2

100-2

100-2

Edição de Prescrição Diária

INSTITUTO DE VERIFICAÇÃO DE RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

ANEXO 2 - ANESTESIA

ANEXOS DE O PACIENTES SEM DILATAS
ORFEDORES

Assinatura: Ediney Simoes

Nome: Francisco Javier Suu
Inscrição Profissional: 111111111111

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

☒ Adulto
☐ Criança
☐ Idoso
☐ Gestante

2. HISTÓRICO DO PACIENTE

☒ Não há
☐ Há

3. EXATIDÃO DO RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

☒ Alto
☐ Médio
☐ Baixo

4. RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

☒ Alto
☐ Médio
☐ Baixo

5. RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

☒ Alto
☐ Médio
☐ Baixo

6. RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

7. RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

☒ Alto
☐ Médio
☐ Baixo

8. RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

☒ Alto
☐ Médio
☐ Baixo

9. RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

☒ Alto
☐ Médio
☐ Baixo

10. RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

☒ Alto
☐ Médio
☐ Baixo

11. RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

☒ Alto
☐ Médio
☐ Baixo

12. RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

13. RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

14. RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

☒ Alto
☐ Médio
☐ Baixo

15. RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

☒ Alto
☐ Médio
☐ Baixo

16. RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

☒ Alto
☐ Médio
☐ Baixo

17. RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

☒ Alto
☐ Médio
☐ Baixo

18. RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

☒ Alto
☐ Médio
☐ Baixo

19. RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

20. RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR



Ygenth

[illegible]

16-62

James Anderson, Fano, Guern

DATE _____ 47a _____

31.000 _____ A _____ = 1987 MARIA: 102 _____ RITO: 02

OUT: _____ - Mês: _____ - Ano: _____

Amos

Assunto: Crimes Gerais

✓ 1.30 21/10/2020

Dem. entrec. no HGA. last dia, uterine
de entrec. entrec. bilifera. con. last no pth. dia, 2-
"lasto abato" ashi con. distans abdominal a.
fue de Hb (HCT = 6,7 / 20%, DBH), HRS Abdom
Sol. ashirop + peridizato. profs. spudo.

22.07.18 24:22

UNITED STATES
MAR 20 1964
GPO

Parente Bruno e sua filha Maria de

Original caption

cc: [redacted]

[illegible]


 Tribunal de Contas do Estado de São Paulo
 Rua da Consolação, 1000 - 10º andar
 01302-900 - São Paulo, SP

1142

4256



GOVERNO DO RORAIMA
"AMAZÔNIA PAZ, MONICHO DOS BRASILEIROS"
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESAU

PRONTO ATENDIMENTO DR. AIRTON ROCHA - PAAR

REG: 2679 / 2019	D.N.: 10/08/1975	
NOME: JANDERSON FARIAS SICSU	IDADE: 43 ANOS	SEXO: MASC
EXAME: USG. BOLSA TESTICULAR		
PROCEDÊNCIA: BLOCO A 102-2	MÉDICO SOLICITANTE: DR. RENATO	

ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA TESTICULAR COM DOPPLER

Líquido em quantidade fisiológica na bolsa testicular, bolsa testicular com paredes espessadas e edematizadas.

Testículos de contornos regulares e ecotextura homogênea.

A avaliação com Doppler demonstra vascularização intratesticular normal bilateralmente.

O Testículo direito apresenta dimensões normais, medindo: 3,5 x 2,7 x 2,5 cm. Volume = 12,4 cm³.

O Testículo esquerdo apresenta dimensões normais, medindo: 3,8 x 2,6 x 2,6 cm. Volume = 13,5 cm³.

Não há dilatação das veias do plexo pampiniforme bilateralmente.

Epididimo esquerdo com dimensões aumentadas e ecotextura difusamente heterogênea.

Epididimo direito com contornos regulares e ecotextura homogênea.

CONCLUSÃO:

Edema escrotal.

Achados compatíveis com epididimite e esguarça pos traumática.

Restante do exame sem anormalidades detectáveis pelo método.

Correlacionar com os dados clínicos e exames complementares

**EXAME ULTRASSONOGRÁFICO SEM IMAGENS EM
ANEXO POR FALTA DE INSUMOS DE IMPRESSÃO**

Boa Vista - RR, 27/2019 02:57

Dr. Rafael Carapaica
CRM-535/RR



Hospital Geral de Roraima - HGR
Av. Brigadier Eduardo Gomes s/n, Bairro Novo Planalto
CEP: 69390-000 Boa Vista - RR. Telefone: (95) 2121-0600
E-mail: hgrpsrb@hgrbest.com.br



Anotações de Enfermagem.

Janderson Farias Siqueira. Lote 5402-0.

02.07.19. 03:50h.

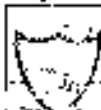
Medico plantonista curativo, paciente, identificado
alterações em exames e pelo pp. infundir CH -
falta coleta de amostra pp. Agência Hospitalar -
encaminhado solicitando de parecer pp. anota-
ção da Citepédia.

Jeanes S. Holanda
ENFERMEIRA
COREN-RR 254176

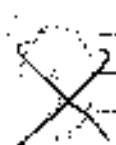
Obs: Paciente foi Para o centro cirurgico
com CH em Pulso 5:45c

05:45 - ao

Jeanes S. Holanda
ENFERMEIRA
COREN-RR 254176



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPLÉDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JANDERSON FARIAS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE TÍBIA ABERTA + PÓ DE I.F.				
ALERGIAS	NI-GA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		ETNO	102-2	DATA	03/07/2015
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	MILFACRAL 100MG				SWD
2	AC. MO. W. K. M. 2. P. L. R. I. C. O.				09h
3	ST. 100% 500ML EV DE 8/8H				20h 08h
4	D. 1. 100% 500ML EV DE 8/8H				18h 24h 08h 32h
5	CETAZOLAM 100ML EV DE 8/8H				18h 02h 20h
6	TRIMETAZOLAM 500ML EV DE 8/8H				SWD
7	OML. PRAZOLAM 40MG EV 12/12H				08h
8	MILFACRAL 100MG EV 8/8H - SW				SW
9	SIMPLICOR 40MG 40MG 40MG VO DE 8/8H				22h 08h 34h
10	CURAT. VO 1000A				
11	CURAT. VO 1000A				
12	CURAT. VO 1000A				
13	ESI. 1000A 2. 1000A 1000A				
14	NBE. 1000A 2. 1000A 1000A				
15	SFR. 1000A 2. 1000A 1000A				
16					
17					
18					
19					
20					
21					

SE DIABETES, CONTINUAÇÃO COM INSULINA REGULAR 100U/ML CONTINUAÇÃO INSULINA 25U/ML 20U/250 40U/250 60U/250 80U/250 100U/250 120U/250 140U/250 160U/250 180U/250 200U/250 220U/250 240U/250 260U/250 280U/250 300U/250 320U/250 340U/250 360U/250 380U/250 400U/250 420U/250 440U/250 460U/250 480U/250 500U/250 520U/250 540U/250 560U/250 580U/250 600U/250 620U/250 640U/250 660U/250 680U/250 700U/250 720U/250 740U/250 760U/250 780U/250 800U/250 820U/250 840U/250 860U/250 880U/250 900U/250 920U/250 940U/250 960U/250 980U/250 1000U/250 1020U/250 1040U/250 1060U/250 1080U/250 1100U/250 1120U/250 1140U/250 1160U/250 1180U/250 1200U/250 1220U/250 1240U/250 1260U/250 1280U/250 1300U/250 1320U/250 1340U/250 1360U/250 1380U/250 1400U/250 1420U/250 1440U/250 1460U/250 1480U/250 1500U/250 1520U/250 1540U/250 1560U/250 1580U/250 1600U/250 1620U/250 1640U/250 1660U/250 1680U/250 1700U/250 1720U/250 1740U/250 1760U/250 1780U/250 1800U/250 1820U/250 1840U/250 1860U/250 1880U/250 1900U/250 1920U/250 1940U/250 1960U/250 1980U/250 2000U/250 2020U/250 2040U/250 2060U/250 2080U/250 2100U/250 2120U/250 2140U/250 2160U/250 2180U/250 2200U/250 2220U/250 2240U/250 2260U/250 2280U/250 2300U/250 2320U/250 2340U/250 2360U/250 2380U/250 2400U/250 2420U/250 2440U/250 2460U/250 2480U/250 2500U/250 2520U/250 2540U/250 2560U/250 2580U/250 2600U/250 2620U/250 2640U/250 2660U/250 2680U/250 2700U/250 2720U/250 2740U/250 2760U/250 2780U/250 2800U/250 2820U/250 2840U/250 2860U/250 2880U/250 2900U/250 2920U/250 2940U/250 2960U/250 2980U/250 3000U/250 3020U/250 3040U/250 3060U/250 3080U/250 3100U/250 3120U/250 3140U/250 3160U/250 3180U/250 3200U/250 3220U/250 3240U/250 3260U/250 3280U/250 3300U/250 3320U/250 3340U/250 3360U/250 3380U/250 3400U/250 3420U/250 3440U/250 3460U/250 3480U/250 3500U/250 3520U/250 3540U/250 3560U/250 3580U/250 3600U/250 3620U/250 3640U/250 3660U/250 3680U/250 3700U/250 3720U/250 3740U/250 3760U/250 3780U/250 3800U/250 3820U/250 3840U/250 3860U/250 3880U/250 3900U/250 3920U/250 3940U/250 3960U/250 3980U/250 4000U/250 4020U/250 4040U/250 4060U/250 4080U/250 4100U/250 4120U/250 4140U/250 4160U/250 4180U/250 4200U/250 4220U/250 4240U/250 4260U/250 4280U/250 4300U/250 4320U/250 4340U/250 4360U/250 4380U/250 4400U/250 4420U/250 4440U/250 4460U/250 4480U/250 4500U/250 4520U/250 4540U/250 4560U/250 4580U/250 4600U/250 4620U/250 4640U/250 4660U/250 4680U/250 4700U/250 4720U/250 4740U/250 4760U/250 4780U/250 4800U/250 4820U/250 4840U/250 4860U/250 4880U/250 4900U/250 4920U/250 4940U/250 4960U/250 4980U/250 5000U/250 5020U/250 5040U/250 5060U/250 5080U/250 5100U/250 5120U/250 5140U/250 5160U/250 5180U/250 5200U/250 5220U/250 5240U/250 5260U/250 5280U/250 5300U/250 5320U/250 5340U/250 5360U/250 5380U/250 5400U/250 5420U/250 5440U/250 5460U/250 5480U/250 5500U/250 5520U/250 5540U/250 5560U/250 5580U/250 5600U/250 5620U/250 5640U/250 5660U/250 5680U/250 5700U/250 5720U/250 5740U/250 5760U/250 5780U/250 5800U/250 5820U/250 5840U/250 5860U/250 5880U/250 5900U/250 5920U/250 5940U/250 5960U/250 5980U/250 6000U/250 6020U/250 6040U/250 6060U/250 6080U/250 6100U/250 6120U/250 6140U/250 6160U/250 6180U/250 6200U/250 6220U/250 6240U/250 6260U/250 6280U/250 6300U/250 6320U/250 6340U/250 6360U/250 6380U/250 6400U/250 6420U/250 6440U/250 6460U/250 6480U/250 6500U/250 6520U/250 6540U/250 6560U/250 6580U/250 6600U/250 6620U/250 6640U/250 6660U/250 6680U/250 6700U/250 6720U/250 6740U/250 6760U/250 6780U/250 6800U/250 6820U/250 6840U/250 6860U/250 6880U/250 6900U/250 6920U/250 6940U/250 6960U/250 6980U/250 7000U/250 7020U/250 7040U/250 7060U/250 7080U/250 7100U/250 7120U/250 7140U/250 7160U/250 7180U/250 7200U/250 7220U/250 7240U/250 7260U/250 7280U/250 7300U/250 7320U/250 7340U/250 7360U/250 7380U/250 7400U/250 7420U/250 7440U/250 7460U/250 7480U/250 7500U/250 7520U/250 7540U/250 7560U/250 7580U/250 7600U/250 7620U/250 7640U/250 7660U/250 7680U/250 7700U/250 7720U/250 7740U/250 7760U/250 7780U/250 7800U/250 7820U/250 7840U/250 7860U/250 7880U/250 7900U/250 7920U/250 7940U/250 7960U/250 7980U/250 8000U/250 8020U/250 8040U/250 8060U/250 8080U/250 8100U/250 8120U/250 8140U/250 8160U/250 8180U/250 8200U/250 8220U/250 8240U/250 8260U/250 8280U/250 8300U/250 8320U/250 8340U/250 8360U/250 8380U/250 8400U/250 8420U/250 8440U/250 8460U/250 8480U/250 8500U/250 8520U/250 8540U/250 8560U/250 8580U/250 8600U/250 8620U/250 8640U/250 8660U/250 8680U/250 8700U/250 8720U/250 8740U/250 8760U/250 8780U/250 8800U/250 8820U/250 8840U/250 8860U/250 8880U/250 8900U/250 8920U/250 8940U/250 8960U/250 8980U/250 9000U/250 9020U/250 9040U/250 9060U/250 9080U/250 9100U/250 9120U/250 9140U/250 9160U/250 9180U/250 9200U/250 9220U/250 9240U/250 9260U/250 9280U/250 9300U/250 9320U/250 9340U/250 9360U/250 9380U/250 9400U/250 9420U/250 9440U/250 9460U/250 9480U/250 9500U/250 9520U/250 9540U/250 9560U/250 9580U/250 9600U/250 9620U/250 9640U/250 9660U/250 9680U/250 9700U/250 9720U/250 9740U/250 9760U/250 9780U/250 9800U/250 9820U/250 9840U/250 9860U/250 9880U/250 9900U/250 9920U/250 9940U/250 9960U/250 9980U/250 10000U/250 10020U/250 10040U/250 10060U/250 10080U/250 10100U/250 10120U/250 10140U/250 10160U/250 10180U/250 10200U/250 10220U/250 10240U/250 10260U/250 10280U/250 10300U/250 10320U/250 10340U/250 10360U/250 10380U/250 10400U/250 10420U/250 10440U/250 10460U/250 10480U/250 10500U/250 10520U/250 10540U/250 10560U/250 10580U/250 10600U/250 10620U/250 10640U/250 10660U/250 10680U/250 10700U/250 10720U/250 10740U/250 10760U/250 10780U/250 10800U/250 10820U/250 10840U/250 10860U/250 10880U/250 10900U/250 10920U/250 10940U/250 10960U/250 10980U/250 11000U/250 11020U/250 11040U/250 11060U/250 11080U/250 11100U/250 11120U/250 11140U/250 11160U/250 11180U/250 11200U/250 11220U/250 11240U/250 11260U/250 11280U/250 11300U/250 11320U/250 11340U/250 11360U/250 11380U/250 11400U/250 11420U/250 11440U/250 11460U/250 11480U/250 11500U/250 11520U/250 11540U/250 11560U/250 11580U/250 11600U/250 11620U/250 11640U/250 11660U/250 11680U/250 11700U/250 11720U/250 11740U/250 11760U/250 11780U/250 11800U/250 11820U/250 11840U/250 11860U/250 11880U/250 11900U/250 11920U/250 11940U/250 11960U/250 11980U/250 12000U/250 12020U/250 12040U/250 12060U/250 12080U/250 12100U/250 12120U/250 12140U/250 12160U/250 12180U/250 12200U/250 12220U/250 12240U/250 12260U/250 12280U/250 12300U/250 12320U/250 12340U/250 12360U/250 12380U/250 12400U/250 12420U/250 12440U/250 12460U/250 12480U/250 12500U/250 12520U/250 12540U/250 12560U/250 12580U/250 12600U/250 12620U/250 12640U/250 12660U/250 12680U/250 12700U/250 12720U/250 12740U/250 12760U/250 12780U/250 12800U/250 12820U/250 12840U/250 12860U/250 12880U/250 12900U/250 12920U/250 12940U/250 12960U/250 12980U/250 13000U/250 13020U/250 13040U/250 13060U/250 13080U/250 13100U/250 13120U/250 13140U/250 13160U/250 13180U/250 13200U/250 13220U/250 13240U/250 13260U/250 13280U/250 13300U/250 13320U/250 13340U/250 13360U/250 13380U/250 13400U/250 13420U/250 13440U/250 13460U/250 13480U/250 13500U/250 13520U/250 13540U/250 13560U/250 13580U/250 13600U/250 13620U/250 13640U/250 13660U/250 13680U/250 13700U/250 13720U/250 13740U/250 13760U/250 13780U/250 13800U/250 13820U/250 13840U/250 13860U/250 13880U/250 13900U/250 13920U/250 13940U/250 13960U/250 13980U/250 14000U/250 14020U/250 14040U/250 14060U/250 14080U/250 14100U/250 14120U/250 14140U/250 14160U/250 14180U/250 14200U/250 14220U/250 14240U/250 14260U/250 14280U/250 14300U/250 14320U/250 14340U/250 14360U/250 14380U/250 14400U/250 14420U/250 14440U/250 14460U/250 14480U/250 14500U/250 14520U/250 14540U/250 14560U/250 14580U/250 14600U/250 14620U/250 14640U/250 14660U/250 14680U/250 14700U/250 14720U/250 14740U/250 14760U/250 14780U/250 14800U/250 14820U/250 14840U/250 14860U/250 14880U/250 14900U/250 14920U/250 14940U/250 14960U/250 14980U/250 15000U/250 15020U/250 15040U/250 15060U/250 15080U/250 15100U/250 15120U/250 15140U/250 15160U/250 15180U/250 15200U/250 15220U/250 15240U/250 15260U/250 15280U/250 15300U/250 15320U/250 15340U/250 15360U/250 15380U/250 15400U/250 15420U/250 15440U/250 15460U/250 15480U/250 15500U/250 15520U/250 15540U/250 15560U/250 15580U/250 15600U/250 15620U/250 15640U/250 15660U/250 15680U/250 15700U/250 15720U/250 15740U/250 15760U/250 15780U/250 15800U/250 15820U/250 15840U/250 15860U/250 15880U/250 15900U/250 15920U/250 15940U/250 15960U/250 15980U/250 16000U/250 16020U/250 16040U/250 16060U/250 16080U/250 16100U/250 16120U/250 16140U/250 16160U/250 16180U/250 16200U/250 16220U/250 16240U/250 16260U/250 16280U/250 16300U/250 16320U/250 16340U/250 16360U/250 16380U/250 16400U/250 16420U/250 16440U/250 16460U/250 16480U/250 16500U/250 16520U/250 16540U/250 16560U/250 16580U/250 16600U/250 16620U/250 16640U/250 16660U/250 16680U/250 16700U/250 16720U/250 16740U/250 16760U/250 16780U/250 16800U/250 16820U/250 16840U/250 16860U/250 16880U/250 16900U/250 16920U/250 16940U/250 16960U/250 16980U/250 17000U/250 17020U/250 17040U/250 17060U/250 17080U/250 17100U/250 17120U/250 17140U/250 17160U/250 17180U/250 17200U/250 17220U/250 17240U/250 17260U/250 17280U/250 17300U/250 17320U/250 17340U/250 17360U/250 17380U/250 17400U/250 17420U/250 17440U/250 17460U/250 17480U/250 17500U/250 17520U/250 17540U/250 17560U/250 17580U/250 17600U/250 17620U/250 17640U/250 17660U/250 17680U/250 17700U/250 17720U/250 17740U/250 17760U/250 17780U/250 17800U/250 17820U/250 17840U/250 17860U/250 17880U/250 17900U/250 17920U/250 17940U/250 17960U/250 17980U/250 18000U/250 18020U/250 18040U/250 18060U/250 18080U/250 18100U/250 18120U/250 18140U/250 18160U/250 18180U/250 18200U/250 18220U/250 18240U/250 18260U/250 18280U/250 18300U/250 18320U/250 18340U/250 18360U/250 18380U/250 18400U/250 18420U/250 18440U/250 18460U/250 18480U/250 18500U/250 18520U/250 18540U/250 18560U/250 18580U/250 18600U/250 18620U/250 18640U/250 18660U/250 18680U/250 18700U/250 18720U/250 18740U/250 18760U/250 18780U/250 18800U/250 18820U/250 18840U/250 18860U/250 18880U/250 18900U/250 18920U/250 18940U/250 18960U/250 18980U/250 19000U/250 19020U/250 19040U/250 19060U/250 19080U/250 19100U/250 19120U/250 19140U/250 19160U/250 19180U/250 19200U/250 19220U/250 19240U/250 19260U/250 19280U/250 19300U/250 19320U/250 19340U/250 19360U/250 19380U/250 19400U/250 19420U/250 19440U/250 19460U/250 19480U/250 19500U/250 19520U/250 19540U/250 19560U/250 19580U/250 19600U/250 19620U/250 19640U/250 19660U/250 19680U/250 19700U/250 19720U/250 19740U/250 19760U/250 19780U/250 19800U/250 19820U/250 19840U/250 19860U/250 19880U/250 19900U/250 19920U/250 19940U/250 19960U/250 19980U/250 20000U/250 20020U/250 20040U/250 20060U/250 20080U/250 20100U/250 20120U/250 20140U/250 20160U/250 20180U/250 20200U/250 20220U/250 20240U/250 20260U/250 20280U/250 20300U/250 20320U/250 20340U/250 20360U/250 20380U/250 20400U/250 20420U/250 20440U/250 20460U/250 20480U/250 20500U/250 20520U/250 20540U/250 20560U/250 20580U/250 20600U/250 20620U/250 20640U/250 20660U/250 20680U/250 20700U/250 20720U/250 20740U/250 20760U/250 20780U/250 20800U



Yours truly

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

Hen

Fanderson, Fred. Grimm

47.

(A)

102

02

Dirto

Nome: Carineo Geral

Deu entrada no HCA 10-2 dias, uterino
de evert, outros cicatrizes, com hist no p/b. e-
"histo abato", e de com distância abdominal e
foco de Hb (HCT = 6,7 / 20%, DB (+), Hb Ab dom
fol. arboris e peristizado. *in p/b.* Afundo.

22.07.19 04:20

Genaro Ribeiro
Machado
Santos, 1431

Recebeu da: Recebeu da: [illegible] Recebeu da: [illegible]

1. Chlorophyll absorbs light energy
 2. CO₂ enters the leaf



 John F. Kennedy
 President of the United States
 White House
 Washington, D.C.

500 units

Yegor



EVOLUÇÃO MÉDICA - CIRURGIA

DATA: 03/07/19
NOME: Tandurem Farias Lima
DATA DA CIRURGIA: 01/07/19
DN: 10/08/25
IDADE: 402-2 (A)
MÉDICO PRECEPTOR:

Diagnóstico: fratura de pé + POLE

Dispositivos:

SNG:

Sonda Vesical

Dreno de Tórax:

Outros: ☒ exame externo

Antimicrobianos:

Atual:

Preparado:

pé

☒ Paciente sem queixas, noite sem intercorrências. Diurese, flatos e evacuação -, deambulando, aceita bem a dieta. Nega febre, dor, vômito, diarreia.

() Outros:

Exame Físico: BCG ☒ RFG () MEG () / Anictérico ☒ ou Ictérico () /
Hidratado ☒ ou Desidratado () / +4 / Consciente ☒ ou Desorientado () / Sedado ()
Corado ☒ ou Hipocorado () / -4 / Auscúlo ☒ ou Cianótico () / +4

Ap. Cardiovascular

☒ RCR, 2T, BNF, sem Sopros

() Outros:

Ap. Respiratório

☒ MV + bilateral, sem Ruidos Adventícios

() Outros:

ABD.:

☒ Flácido, sem visceromegalias, incolor, RHA -

() Outros:

Ext.:

☒ Bom perfusão periférica (< 3s); Ausência de edemas; Pantufilhas livres

() Outros:

FE: limpa e seca

ID: estável

EXAMES:

PROGRAMAÇÃO:

PENDÊNCIAS:

CD: manida, libere dieta!



Ministério de Saúde / Ministério da Saúde

Formulário de Anamnese

Formulário de Anamnese

Formulário de Anamnese

Nome

Paciente: **Anderson Farias Silva**

Data: **03/07/19**

Idade: **102-2**

Sexo

Masculino

Masculino

Masculino

Masculino

Profissão

Retirado

Retirado

Retirado

Retirado

Endereço

Retirado

Retirado

Telefone

Retirado

Retirado

Retirado

Retirado

Estado de nascimento

Retirado

Retirado

Retirado

Retirado

Qualificação de

Retirado

Retirado

Retirado

Retirado

Sistema de

Retirado

Retirado

Retirado

Retirado

Endereço

Retirado

Retirado

Retirado

Retirado

Endereço

Retirado

Retirado

Retirado

Retirado

Endereço

Retirado

Retirado

Retirado

Retirado

Endereço

Retirado

Retirado

Retirado

Retirado

Endereço

Retirado

Retirado

Retirado

Retirado

Observações

Retirado



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

D'H

DN

PACIENTE JANDERSON FARIAS SICSU

AGNOSTO FX PELVE

ALERGIAS

IDADI-

HAS

NEGA

DM2

NEGA

ITEM

FEITO

102-2

DATA

PRESCRIÇÃO

HORARIO

08:00

09:00

10:00

11:00

12:00

13:00

14:00

15:00

16:00

17:00

18:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

03:00

04:00

05:00

06:00

07:00

08:00

09:00

10:00

11:00

12:00

13:00

14:00

15:00

16:00

17:00

18:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

00:00

01:00

02:00

03:00

04:00

05:00

06:00

07:00

08:00

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SU) CONFORME INSULINA
400 250, 200, 250-400, 400, 300-200, 200, 350-400, 400, 300, 100-200, 200, 400, 300
DML, GLICOSE 500, 400 ML EV + AVISAR PLAN CONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PERICUTANEO EXT. DE 400 NO LÍTO. ATIVO, ROTAIVO, CONTACUANTE
EXAME - H. GL. BIL. ACIDÓTICO, AMETÓRICO, ALBES, ELÉNE GL.
KRMOCORADO, HEMAT. ADD.

EXAMENES:

CONDUZIR: MANTER

PROCESSAMENTO DE CUBRIMENTOS

PREVENÇÃO DE ALCAL.

SINAIS VITAIS

GH PA

12 H 74x7

18 H 75x7

22 H 75x7

24 H 75x7

66

361

FC

FR

75

75

88

88

82

82

Dr. PLORIO DE SOUZA LAUSIO

CRM 16.222

Residente de Ortopedia e Traumatologia

17:10 Pós-cirúrgico no litto medicação CRM

Manuseado S.S.V.U. no Jurex

Sh. Admitido julgamento conforme prescrição

responsabilidade da família, segue encaminhado

Enferm
Janderson C. de Souza
Médico da Enfermagem
1998-1999

EVOLUÇÃO MÉDICA - CIRURGIA

02:45

DATA: 04/07/19 ON: 10/08/19
 NOME: Janderson Junior Siqueira IDADE: 35
 DATA DA CIRURGIA: 11/07/19 LEITO: 102 - 2 (A)
 MÉDICO RECEPTOR:
 MÉDICO RESIDENTE:

Diagnósticos: fratura de fêmur + P.O. LE
 Dispositivos: Antimicrobianos: SNG: Sonda Vesical Dreno de Torax: Outros: fixador externo
 pele

☒ Paciente sem queixas, não sem intercorrências. Diurese, flatos e evacuação +, deambulando, aceita bem a dieta. Nega febre, dor, vômito, diarreia.

() Outros:

Exame Físico: B.O. ☒ SLG: ☐ R.C.O. ☐ / Anúrio ☒ ou Ictérico ☐ ☐ /
 Hidratado ☒ ou Desidratado ☐ ☐ / M / Consciente ☒ ou Desorientado ☐ Sedado ☐
 Coração ☒ ou Hipocárdio ☐ ☐ / Aclorético ☒ ou Cianótico ☐ ☐ / +4

Ap. Cardiovascular
 () RCH2T, BC VP, sem Sopros
 () Outros:

Ap. Respiratório
☒ MV: bilateral, sem Ruídos Adventícios
 () Outros:

ABD.:
☒ Flácido, sem visceromegalias, indolor, B.O.
 () Outros: distensão da parede

Ext.:
☒ Sem perfuração por fêrculo (+ Bst), Ausência de edemas, Panturrilhas livres
 () Outros:

FO: limpa e boa
 ID: estável

PROGRAMAÇÃO: Avaliação Biologia, NEZ, FST resp e motora.

CD.:
 manhã da

Antônio A. C. Delgado
 CRM 100.000.000
 Rua 123, 456
 São Paulo, SP

Dr. Helio Grossi
 MÉDICO
 CRM 100.000.000

Dr. Helio Grossi
 MÉDICO
 CRM 100.000.000

EVOLUÇÃO MÉDICA - CIRURGIA

08:00 h

DATA: 05/03/2019	DATA: 10/08/75	ÁREA: Bico ☒ (A)
NOME: Jucimar Farias Silva	IDADE:	LEITO: 402-2
DATA DA CIRURGIA: 01/08/2019	MÉDICO PRECEPTOR:	
	MÉDICO RESPONSÁVEL:	

Diagnósticos: <i>Intera de pelvis + L.E</i>	
Dispositivos:	Anticircunvizinas: _____
SNG:	Progresso: _____
Sonda Vesical:	
Dreno de Torax:	
Outros: <i>fixado a parede pelvica</i>	

1. Paciente sem queixas, com sem intercorrências. Diurese, fezes e evacuação +, deambulando, aceita bem a dieta. Anota-se com vômito, náusea. o d. de melhora a náusea e vômito.

Outros: Relatório de uma pessoa a ufologia

Exame Físico: BFC () / REC () / MEG () / Anticênico: Yes / Intérico () / +4
 Hidratado: Yes / Ou Desidratado () / +4 / Consciente: Yes / Ou Desorientado ()
 Corneo: Yes / Ou Hipocorneo () / +4 / Anisocôrio: Yes / Clorocôrio () / +4

4.6. Cardiovascular

RCRIFT, BONE, with 50105
Outputs
pvd? Quasi:

၂၅၀:၆ (၂၀၀၅) | ၂၅:၂၅၀:၆

Ap. Respiratngiu

7- Dito fibroso (alimentação normal);
8- Lavar a ferida operatória com água e sabão/sanificante e limpar a ferida com álcool;
9- Retirar os pontos com 10 dias no posto de saúde.

ABD.

1. Retornar ao próprio sítio se intercorrerem, por exemplo, febre, dor forte, ou outros sintomas graves.

Fact:

Outros: _____

ID: Enferm.
 FD: Enferm. e Soc
 PROGRAMAÇÃO: Ativ. Curriculo para C.G.
 CD: Atividade de





Núcleo de Enfermagem em Protocolo n.º

Versão: 08

Elaborado: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

Paciente:

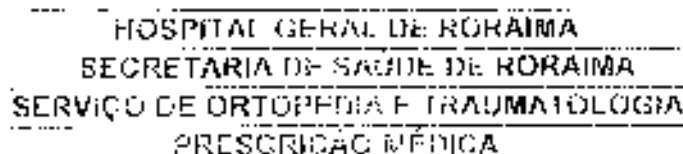
Tanderson Farias

HGR

Leito: AC2 - 2

Data: 05/07/14

Localização	 Região: <u>Alcôcorno</u> Grav: <u>I</u> <u>II</u> <u>III</u> <u>IV</u> <u>V</u> <u>VI</u> <u>VII</u> <u>VIII</u> <u>IX</u> <u>X</u> <u>XI</u> <u>XII</u>	 Região: <u>pele</u> Grav: <u>I</u> <u>II</u> <u>III</u> <u>IV</u> <u>V</u> <u>VI</u> <u>VII</u> <u>VIII</u> <u>IX</u> <u>X</u> <u>XI</u> <u>XII</u>
Etiologia	☐ LPP III IV V+ ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma ☐ Tração ☐ Fissão Externa ☐ Ortopedia ☐ Outro:	☐ LPP III III IV V+ ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma ☐ Tração ☒ Fissão Externa ☐ Ortopedia ☐ Outro:
Aparência da Lesão	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfúculo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfúculo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros
Dele Periférico(s)	☒ Normais ☐ Malcheirodo ☐ Seco ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:	☒ Normais ☐ Malcheirodo ☐ Seco ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☒ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☐ Úmido ☒ Seco	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco
Substância utilizada	☒ Soro fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☒ Gaze ☐ Colágeno e Fibronase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☒ Soro fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☒ Gaze ☐ Colágeno e Fibronase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:
Procedimento que realizou	<u>Medicação: Soro fisiológico 0,9% e Clorexidina 2% alternadamente</u>	<u>Medicação: Soro fisiológico 0,9% e Clorexidina 2% alternadamente</u>
Observações:		



~~12-18-24-06~~

~~12-18-24-06~~

- DORIN SW
SA OITE W

~~19-22-06~~

~~1-18-24-06~~

~~10-22-~~

~~18~~

WHO

~~noting~~

~~R7~~

~~Dr. Jonathan C. Lopez~~

~~Pharmacist & Therapist~~

~~Virginia M. Jordan~~

~~Pharmacist & Technician~~

ME E5

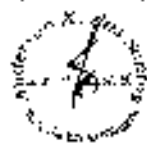
LJH ICCS

SE DIABÉTES CORRIGIDO COM INSULINA REGULA- (80) CONFORME ESQUEMA
200 250 260 270 280 290 300 310 320 330 340 350 360 370 380 390 400 410 420 430 440 450 460 470 480 490 500 510 520 530 540 550 560 570 580 590 600 610 620 630 640 650 660 670 680 690 700 710 720 730 740 750 760 770 780 790 800 810 820 830 840 850 860 870 880 890 900 910 920 930 940 950 960 970 980 990 1000

PERCONTRO PACIENTE DE ENFERMAGEM TOLENTINO, TATIANA, CONDIÇÃO DE
PÓS-OPERATÓRIO, BOM, ACIONADO EM 04/07/2018, APLICAÇÃO DE CURATÓRIO,
VERIFICADO, 10/07/2018
#SOLICITADO
#CONDIÇÃO: BOM
#PROCEDIMENTO DE CURATÓRIO
#PRESCRIÇÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS		FC	FR	
6 H	PA			Dr. PEDRO DE SOUZA FAIENCO
12 H	152/85	72	72	CRM-48.2003
18 H	152/80	72	72	Presidente do Departamento de Traumatologia
24 H	152/80	83	-	

→ plant's motion - 1980 to 1985
monoclonal, 1980 to 1985
1980 to 1985



107-56

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MEDICA

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____

PACIENTE Longenir Siqueira

AGNOSTO _____

ALERGIAS _____ HAS _____ NEGA _____ QM2 _____ NEGA _____

IDADE _____ LEITO 102/02 DATA 07-07-19

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL + IVRF	SUB
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	NAVE
3	SF 0,9% 500ML EV SEM <u>06/05</u>	<u>06/05</u>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/8H <u>06/05</u>	<u>06/05</u>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	<u>06/05</u>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SEDOR INTENSA <u>UO</u>	<u>06/05</u>
7	NALBEXFINA 12 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA OITIM 4	SUB SUB
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	<u>06/05</u>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H 3/V	<u>06/05</u>
10	CLINDAMICINA 300MG EV OU VO 6/8H	<u>06/05</u>
11	CIPROLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	<u>06/05</u>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 100 E OU PAD > 110 MMHG	<u>06/05</u>
13	SSVV + COGG 6/6 h	<u>06/05</u>
14	CURATIVO D ÁSIO	<u>06/05</u>
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

SE DIABÉTICO, CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SO), CONFORME ESQUEMA:
 200-250: 2UI, 350-500: 4UI, 501-650: 6UI, 651-800: 8UI, 801-1000: 10UI E OLIGOGILOSE E KC
 DIAM., GLICOSE 50% 40 ML EV + AZÚCAR PLANTIN 3/1A

EVOLUÇÃO MEDICA:
 ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE
 EXAME FÍSICO: R-S, AC-FENÓTIPO, AN-TERICO, APEN-1, PULM-ICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 *SOLICITADO: RX: II COLUNA, MANHÃ
 **PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA
 ***PREVISÃO DE ALTA:

Dr. André de Oliveira
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM RR 16161702 684

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	130/80	73	36.0
18 H			36.7
24 H	162x84	84	36.2
6 H	162x97	71	36.5

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

6. 10. Freigade, André de... 2019/07/07

10/6/19



HOSPITAL DE BASE DE MANAUS
AMAZONIA PATRIARCA DO BRASIL CIRURGIA

Urgente

PEDIDO DE PARECER

IDADE: _____
NOME: Sanderson Forças Silva
IDADE: 43 REGISTRO: _____
OCC: A ENFERMARIA: 102-2 LEITO: _____
URGÊNCIA: _____

DE: Ortopedia PARA: Urologia

Dados Clínicos: Paciente submetido a laparotomia exploradora e fixação de fratura de fêmur, apresentando edema testicular importante e dor. Constante soltura de parênquima ureteral, sem resposta motora pelo ureter. Solução necessária a ambas as partes.
06/07/19 10:00

Dr. Pedro de S. Paule
Médico Residente
Urologia e Transplante
-CRM 123456

Data

Assinatura

Data



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

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DM: _____

PACIENTE: **JANDERSON FARIAS SIOSU**

DIAGNÓSTICO: **FX PELVE**

ALERGIAS: _____

TIAS: _____

NEGA: _____

DM2: _____

ALGA: _____

LEITO: _____

102-2

DATA: _____

COMPART: _____

DIÁRIO

PRESCRIÇÃO

SNO

IDADE: _____

ITEM

1. DETA ORAL LIVRE
2. ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
3. SF 0,9% 500ML EV 8/H
4. DAPIRONA 500MG EV 8/H OU VO
5. TRAYAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/H SE DOR
6. NALBUFINA 10 MG + 100ML SF 0,9% CASO NÃO TENHA DOR
7. GML PRAZOL 40MG EV 1X DIA
8. METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/H S/N
9. SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DL 3/H
10. CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 8/H
11. CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/24H
12. CI EXANE 40MG SC 1X DIA
13. _____
14. _____
15. _____
16. CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 150 FOL PAD > 110 MMHG
17. SSVV + CCGO 8/H
18. CURATIVO DIÁRIO
19. _____
20. _____
21. _____

[Handwritten notes and signatures]

[Handwritten notes and signatures]

[Handwritten notes and signatures]

SNO

SE QUER DOU CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA:
 200-210: 2UI; 230-300: 4UI; 301-350: 5UI; 351-400: 6UI; 401-450: 7UI; 451-500: 8UI;
 DIURM: GLUCOSE 10% 40 ML EV + AVISAR CLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

- 1. MONITORAR PACIENTE DETALHADO: FÍSICO, ATIVO, RELATIVO, COM PULSO
- 2. EXAMES: SINAIS: SFC, ACANÓTICO, ANTERIOR, A-PRER, FURNICO, NORMOCORADO, HIPERLADO
- 3. INDICADOS:
- 4. COMPUTAR MANEJO
- 5. PROGRAMAR DE CIRCULAC
- 6. PREVENIR DE ALTA

[Handwritten signature]

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR
6 H			
12 H	120/80	74	
18 H			
24 H	130/90	88	

Dr. PEDRO DE SOUZA LACETO
 CRM 613078

Residente de Ortopedia e Traumatologia

[Handwritten notes:]
 06h 152x95x78
 coletado material para exame,
 aguardando resultado



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JANDERSON FARIAS SILVA					
AGNÓSE FX PLT VE					
ALERGIAS		HAS		NEGA	
IDADE		LÉITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO		HÓRARIO	
1	DIET. A ORAL LIVRE				
2	ACISSO V. ROSO 21 ML/8h				
3	SI 0.9% 500ML FV 8h				
4	D. PRONA 500ML FV 8h OU VO				
5					
6	TRAVAL 100MG + SED 4h 100% LV OU VO DE 8h SE DOR IN				
7	NA. FOL. NA 10 MG + 0.001 SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O. TER				
8	OML. PRAZOL 40MG FV 1X DIA				
9	METOCLOPRAM. 10MG LV 8h - S/N				
10	SSVETILONA 400 AS 40 00 AS VO DE 8h				
11	CI INJAMICINA 800MG FV OU VO 8h				
12	CIPROFLOXACINO 400MG FV OU 800MG VO 12/24				
13	OLEXANF 40MG SOL 1X DIA				
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SL PAD > 130 E OU PAD > 110 MMHG				
17	SSV + 0.000 8h				
18	CURATIVO DIÁRIO				
19					
20					
21					

SE DIALÍSE CORREÇÃO: 0.9% SAL. NA REQUERER (SC) CONFORME TABELA
250 500 750 1000 1250 1500 1750 2000 2250 2500 2750 3000 3250 3500 3750 4000 4250 4500 4750 5000
10ML, GLICOSE 10% 100ML, 20% 50ML, 50% 25ML PLANTON 500ML

EVOLUÇÃO MÉDICA:

CONTATO PACIENTE DETACHADO DO TUBO, A 12h, PLTIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: NÚCLEO ACANALADO, ANO FRONTAL, ALTO, FORTISSIMO.

NORMOCORADO, EUDISACRO

ASC. CÍTICO.

CONDUITA: MANEJO

ALIMENTAÇÃO: DIET. A ORAL.

PROVAÇÃO DE ALTA.

06h
PA = 138 x 92
PC = 80
T = 36.5
D = 1200ml

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	TR
12 H	140/80	85	35
18 H	140/80	85	36
24 H	140/80	85	36.5

DR. PEDRO DE SOUZA ALVES

CRM RR 2028

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Dalcson Farias
Ortopedia e Traumatologia
CRM RR 2028

12h Dr. Dalcson - 100ml
18h Dr. Dalcson - 100ml

... não ... 0.9% ... 100ml ... 100ml ...
... não ... 100ml ... 100ml ...
Lucas A. ...
Téc. em Enfermagem
CRM-RR 865.342.16



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

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DIA _____

PACIENTE JANDERSON FARIAS SICSU

AGNÓSTICO FX Pelve

ALERGIAS _____ HAS _____ NEGA _____ DM2 _____ NEGA _____

IDADE _____ LEITO 102 DATA 12/07/2016

ITEM _____ PRESCRIÇÃO _____ HORÁRIO _____

1 DIETA ORAL LIVRE _____ SUP

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO _____

3 SF 0.9% 500ML LV 6/8H _____

4 DÍPIRONA 600MG EV 6/6H OU VO _____

5 _____

6 TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV OU VO OU 500ML SF DOR INT _____

7 NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O TEFIS _____

8 OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA _____

9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 6/8H SIN _____

10 SIMILICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 6/8 h _____

11 CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H _____

12 CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H _____

13 CLEXANE 40MG SC 1X DIA _____

14 _____

15 _____

16 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 F OU PAD > 110 MMHG _____

17 BSVV + CCGG 6/6 h _____

18 CURATIVO DIÁRIO _____

19 _____

20 _____

21 _____

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (RGL) CONFORME ESCALA DE
DIABETE: 7UI 251-300, 4UI 301-350, 6UI 351-400, 8UI 401-450, 10UI 451-500, 12UI 501-550, 14UI 551-600, 16UI 601-650, 18UI 651-700, 20UI 701-750, 22UI 751-800, 24UI 801-850, 26UI 851-900, 28UI 901-950, 30UI 951-1000
DIAB. GLICOSE 50% 40 ML EV - AVANÇADA - AN+ GABETA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DE TUDO NO DIA 02, 4:15V, REAL VO, CONTACTANTE

EXAME FÍSICO: BFG, AGLAND, CO, AMITÉRICO, AFEBRIL, EUTRÓFICO,

MIOMOCURADO, HIDRATADO

SOLICITADO:

EXAMINAÇÃO: MANTIDA

PROGNÓSTICO DE EVOLUÇÃO

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	140x80	80	
18 H			
24 H	130x90	86	

Dr. PEDRO DE SOUZA - AUSTO

CRM 100008

Residente de Ortopedia e Traumatologia

21/07/2016 - Paciente no leito, vitais estáveis, aderente ao tratamento, sem sintomas, despendido 700 ml de diurese, e segue com monitorização da função renal.

Plantão noturno, administração de medicação prescrita segue com estabilidade.

Procedente Araújo
Carla de Souza

Procedente Araújo
Carla de Souza

102-2

102-2



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

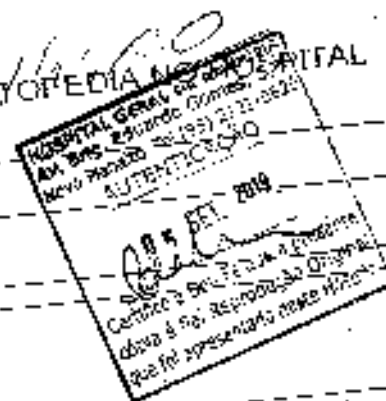
PACIENTE Sandra Maria Gomes 43 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 30 de 07 de 19 COM

DIAGNÓSTICO DE fx Lx de Mão
NO DIA 30 de 07 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fixação externa e redução da fx SENDO

OPERADO PELO DR. Ilson Som E SR. 19:00 EM

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 12 de 07 ÀS 12:00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO DIA 12 de 07 ÀS 14:00 COM O
CORONEL MOTA NO DIA 12 de 07 ÀS 14:00 COM O
DR. Ilson Som



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. Haroldo Ara

BOA VISTA, 12, 07, 19

Dr. Pedro de C. M. Costa
Médico

D

#FDISON HARAD 9

0.03

OSPTA CONNOVEL MATHA

200000

0.00

0.00



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	30.232
DATA DE EXPEDIÇÃO	17/07/2002
NOME LUANA AMORIM LE SOUZA LOPES	
FILIAÇÃO ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM	
NATURALIDADE	EOA VISTA-RR
DATA DE NASCIMENTO	14/03/1971
DOC ORIGEM	CC:3766 F.260 L.E-12 EOA VISTA-RR.
CPF	234316382 - 13
Assinado por: Ramiro Francisco da Silva Junior	
LEI N.º 7.116 DE 29/08/83	

DE REGISTRO
DO LOUREIRO

Aut. Contente com o Documento Original Apresentado: Dou Te
da verdade.
Vista - RR, 25/07/2019
End: 2.45 FUNDEJUR 0.25 FISC 0.10 FECON 0.10 ISS 0.10Vr Sel: 1.50
Rec: RECER158345YKRUI2H68NNX5
Vale seu site: <https://cidade.portalself.com.br>
Solicitante: 01016866259

Thays Coutinho Weber
Secretaria Autorizada
Carla Loureiro

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETTRAN - RR Nº 013975572816
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 01 005B3371089
COP. RENAVAM 01 B.N.I.R.C. EXERCÍCIO 2018

WANDERLEIA DO NASCIMENTO MEIRELES SIOSU

874.382.752-72
PLACA ANT. / UF RR 9C2JC4820ER007845
CHASSI
MARZ4269
COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOL

PAS/MOTONE/TRAN 400 400 125 ES
MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES
CATEGORIA 2P/0124CC/ PARTICU
COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA
I *PAGU* 1* *****
V **PAGU CB A ÚNICA ** 2* *****
A 3* *****

PREMIO TAREFA (R\$) R\$10.70
PREMIO TOTAL (R\$) R\$185.50
DATA DE PAGAMENTO 09/04/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO PROIB SAIR DA RUA
MARZ 001D *

BOA VISTA - RR
LOCAL
190 Presidente Dutra
DATA 15/04/2019

DE REGISTRO
DO LOUREIRO

Aut. Contente com o Documento Original Apresentado: Dou Te
da verdade.
Vista - RR, 25/07/2019
End: 2.45 FUNDEJUR 0.25 FISC 0.10 FECON 0.10 ISS 0.10Vr Sel: 1.50
Rec: RECER158345J48UF6JH2K6N753
Vale seu site: <https://cidade.portalself.com.br>
Solicitante: 01016866259

Thays Coutinho Weber
Secretaria Autorizada
Carla Loureiro

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975572816 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
874. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 01 874.382.752-72
COP. / CNPJ 01
EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 15/04/2019
PLACA MARZ4269

RENAVAM 00593371089
MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES
CATEGORIA 2P/0124CC/ PARTICU
COR PREDOMINANTE VERMELHA

PREMIO TARIFARIO
R\$11.29
R\$9.03
R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$10.70
CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$185.50
DATA DE COTAÇÃO 09/04/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.698/0001-04

CONTRAN

Thays Coutinho Weber
Secretaria Autorizada
Carla Loureiro

Thays Coutinho Weber
Secretaria Autorizada
Carla Loureiro