



CNPJ: 05.320.457/0001-45  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 28.058.426-0  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 09.306-010

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

Matrícula: 624411

Janeiro/2019

Dados do Cliente:

RUA MELVIN JONES, 219  
SÃO PEDRO - CEP: 09.306-010

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
0001.010.000-02277.3003	2	1365	1

Hidrômetro Data de Instalação Situação Água Situação Esgoto

NÃO MEDIDO

REAVISO DE DÉBITOS - ATENÇÃO

REGULARIZE-SE EM 05 (CINCO) DIAS, SOB PENA DE INTERRUPÇÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA NO SEU IMÓVEL E A INCLUSÃO DO RESPONSÁVEL JUNTO AO FERAS, CONFORME NOS PERMITE A LEI FEDERAL N° 11.445/2006. CASO EXISTA AVISO ANTERIOR, CUJO DÉBITO ESTADO AINDA NÃO TENHA SIDO REGULARIZADO, AINDA A SEU IMÓVEL ESTA SUJEITO A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO A QUALQUER MOMENTO. MANTEIA OS COMPROVANTES DE PAGAMENTO NO SEU IMÓVEL A DESPOSIÇÃO DOS NOSSOS COLABORADORES, PARA EVITARHOS A SUSPENSÃO INDEVIDA.

CASO JÁ TENHA QUITADO O DÉBITO, DESCONSIDERE ESSE AVISO

REFERÊNCIA FONTE	VENCIMENTO	VALOR(GRS)
11-2018	15/12/2018	32,27

PAGAM:

21/01/2019

TOTAL A PAGAR

32,27

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

**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	MÊS	TOTAL A PAGAR
<b>539180</b>	<b>07/2019</b>	<b>R\$ 441,84</b>

836300000046.418400750000.000000000539.918007190054



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221203 ou 0800 221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a construir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SISFP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada, capitalização e reaseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão responsável na estrutura do Ministério da Fazenda, com competência disciplinar e aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu LUANA AMORIM DE SOUZA LOPEZ inscrito (a) no CPF nº 294.316.382-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ARMISON MAFRA DE OLIVEIRA inscrito(a) no CPF sob o nº 70221498281, de sinistro de DPVAT abertura INVALIDEZ da vítima ARMISON MAFRA DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob nº 70221498201, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

Endereço			Número	Complemento	
RUA SO.PM.JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA			209		
Bairro	Cidade	UF	Estado	CEP	RG
CARANÁ	BOA VISTA		RR	69.513.577	
Email			Tel. fixo (celular)	Tel. fixo (celular)	
luciana.souza10@hotmail.com			(65) 99116.5367		

Boa Vista-RR, 02/01/20.

Total e Data

Assinatura do Beneficiário



Dr. Orthopedio Dr. Jordão  
paciente vítima de acidente com mola b  
com festeiro. Edroto do crânio dia antero-  
direito, ósseo alongado do festeiro.  
leckado de molelo medial ao  
formelo direito.

Reduzido ovalizaõ do ferimento,  
após com deformidade permanente prope  
CD: Ao Centro Cirúrgico.

Coprofazitam 400mg ER 1000mg dia  
Clindamicina 600mg ER 1000mg dia  
ATT 0,5ml IM  $\rightarrow$  1000mg dia

Dr. Augusto Coimbra  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRMESP 464

Bleos), Cervo Cirúrgico comum  
nos 3 relatos, punção não sólo  
diminuirá dor, mas reabilitará  
também o osso e o tendão. OMS. Síndrome da  
antebraço anteromedial

Dr. Augusto Coimbra  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRMESP 1024  
Dr. Mário Aquino  
CRMESP 1024

Dr. (lito) Dr. Raquel



Estado: Minas Gerais  
Cidade: Belo Horizonte  
Séder: Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTADO/CONSELHO EXECUTIVO

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Male

Female

10 - NOME DA NHA OU RESPONSÁVEL

Mae

Pai

11 - ENDERECO (RUA, N°, SALA)

000

12 - FONE/FAX (RUA, N°, SALA)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - N.º DO RG E N.º DO CPF

15 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

Fx arterite D + TNE D, deixou  
paciente desidratação  
- hvc + clorato gálico D + reloca  
- 13 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
Correja

16 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (INSERIR OS ITENS 17 A 24 DA FOLHA DE RODÍZIO)

- Exame fixo + R+

17 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

18 - CID-10 PRINCIPAL

19 - CID-10 SECUNDÁRIO

20 - CID-10 CÓDIGO ASSOCIADO

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

23 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

24 - DOCUMENTO

25 - DOCUMENTO (ONDE OFERECE PESSOALMENTE SOLICITANTE AS SITUAÇÕES)

26 - CID-10

27 - CID-10 ASSOCIADO

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

29 - DATA DA SOLICITAÇÃO

30 - INSTITUIÇÃO E CRÉDITO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - 1 ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CIRU DA SEGUINCIADA

37 - N.º DO RG

32 - 1 ACIDENTE TRABALHO/TRABALHO

38 - CIRU EMPRESA

39 - N.º DO RG

33 - 1 ACIDENTE TRABALHO/TRAJETO

40 - CIRU DA EMPRESA

34 - 1 VÍCIO COM A PRODUÇÃO

41 - QUIT

35 - 1 ENFERMAGEM

42 - CIRU DA EMPRESA

43 - N.º DO RG

36 - 1 ENFERMAGEM

44 - CIRU DA EMPRESA

45 - N.º DO RG

37 - 1 ENFERMAGEM

46 - CIRU DA EMPRESA

47 - N.º DO RG

38 - 1 ENFERMAGEM

48 - CIRU DA EMPRESA

49 - N.º DO RG

**AUTORIZAÇÃO**

50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - CÓD. CRÉDITO AUTORIZADOR

52 - KIT DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - DOCUMENTO

54 - N.º DO RG

55 - CÓDIGO DO CONSELHO

56 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

57 - ASSINATURA E TAMPÃO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

58 - N.º DO RG

59 - / /

60 - / /



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

DATA DE ADMISSÃO		D.H	DN
PACIENTE	ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA		
DIAGNÓSTICO	FX ANTEBRAÇO D + TNZ DIREITO		
ALÉRGIAS	HAS	NEGA	CM2
IDADE	15	LEITO	425
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL L-VRE		5am
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		Monte
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		18:06
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H		18:06 13/10/2019
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV GU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		SN
7	PLÁSIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H SN		SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		SN
10	SSVV + DCGG 6/6 H		06:00
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MM/HG		5am
14	CURATIVO DIARIO SN		SAU
15			
16			
17			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E/OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 60% 40 ML EV * AVISAR PLANTONISTA		
19			
20			
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>			

DR MARCUS BRUNNER  
CRM/1917

DR MARCOS MARQUES  
CRM 1918

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

卷之三

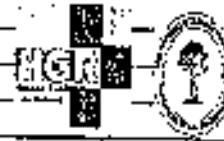
卷之三

•

AB3 (correção)



HÓSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO D/H DN

PACIENTE ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

AGNOSTI FX ANTEBRAÇO D + TNZ D

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE:

LEITO

63

DATA

04/10/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	06:00
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	06:00
3	ISF 0,9% 500ML EV S/N	06:00
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	06:00
5		
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,6% CASO NÃO TENHA O ITEM	06:00
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIÁ	06:00
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	06:00
10	ISIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	06:00
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	06:00
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	06:00
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:  
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E Q.D. GLICOSE ≤ 70  
QUIL, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

✓ P/CONTRO PACIENTE: DETRATO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

✓ EXAME FÍSICO: BEG, ACANÓTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORDADO, HIDRATADO.

E SOLICITADO:

E CONDUITA: MANTIDA

E PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

E PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITais	6 H	12 H	18 H	24 H
	PA 130/80	PA 130/80	PA 130/80	PA 130/80
	FC 60	FC 60	FC 60	FC 60
	FR	FR	FR	FR

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO

CRM-RR 2028

Residente de Ortopedia e Traumatologia

José Pedro de Souza Fausto  
CRM-RR 2028  
Residente de Ortopedia e Traumatologia  
CORRETAR 54392-TE



**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE CLÍNICA DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PREScrição MÉDICA HOSPITAL DE CLÍNICAS**

**HC**

DATA DE ADMISSÃO	4/10/2018	DIH	4/10/2018	DN	22/8/2004
PACIENTE	ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO	FX ANTEBRAÇO D + TNZ D				
ALÉRGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	15	LEITO	425		4/10/2018
ITEM	PREScriÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				EN 0
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mautin
3	SF C,9 % 500ml EV SN				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO B/8H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				50
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV B/8H SN				50
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE B/8H				200
9	CLINDAMICINA 300MG EV OJ VO B/8H				240
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				240
11	CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 150 E/OU PAQ > 110MMHG				SN
	SSVV + OCGG 6/6H				ROTINA
	CURATIVO DIÁRIO				M
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250; 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≥ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉL.					

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	140/80	60	—	36,4°C	
12 H					
18 H					
24 H	140/80	61	—	36,5°C	

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS



**SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR**

NOME: Ariston / Mirella de Oliveira DATA: 05/10/19 SEXO: M (F) IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ KG. LETO: 1.625

MD: EX-TOMO-PE ALÉRGICO? \_\_\_\_\_

CONTROLE DE CATETER E SONDAS:

CATETER CENTRAL:  SIM  NÃO LOCAL:  LOCAL DATA: \_\_\_\_\_

CATETER PERIFÉRICO:  SIM  NÃO LOCAL:  LOCAL DATA: \_\_\_\_\_

SONDA NASOGASTROSTÓICA:  SIM  NÃO LOCAL:  LOCAL DATA: \_\_\_\_\_

SONDA NAÔDENAL:  SIM  NÃO LOCAL:  LOCAL DATA: \_\_\_\_\_

DRÔNGUE:  SIM  NÃO LOCAL:  LOCAL DATA: \_\_\_\_\_

APERTURA/QUESTHÁSTIDES:

1-TRAVESSO 2-ABERTO 3-QUESTHÁSTIDE 4-DEFORMIDADES 5-FLUTUAR EXPOSTA 6-EDÉM 7-AMPUTAÇÃO

8-GRANULOS 9-GUANIL 10-GRANUL

9-GRANULOS 10-GRANULOS 11-GRANULOS

12-GRANULOS 13-GRANULOS 14-GRANULOS

15-GRANULOS 16-GRANULOS 17-GRANULOS

18-GRANULOS 19-GRANULOS 20-GRANULOS

21-GRANULOS 22-GRANULOS 23-GRANULOS

24-GRANULOS 25-GRANULOS 26-GRANULOS

27-GRANULOS 28-GRANULOS 29-GRANULOS

30-GRANULOS 31-GRANULOS 32-GRANULOS

33-GRANULOS 34-GRANULOS 35-GRANULOS

36-GRANULOS 37-GRANULOS 38-GRANULOS

39-GRANULOS 40-GRANULOS 41-GRANULOS

42-GRANULOS 43-GRANULOS 44-GRANULOS

45-GRANULOS 46-GRANULOS 47-GRANULOS

48-GRANULOS 49-GRANULOS 50-GRANULOS

51-GRANULOS 52-GRANULOS 53-GRANULOS

54-GRANULOS 55-GRANULOS 56-GRANULOS

57-GRANULOS 58-GRANULOS 59-GRANULOS

60-GRANULOS 61-GRANULOS 62-GRANULOS

63-GRANULOS 64-GRANULOS 65-GRANULOS

66-GRANULOS 67-GRANULOS 68-GRANULOS

69-GRANULOS 70-GRANULOS 71-GRANULOS

72-GRANULOS 73-GRANULOS 74-GRANULOS

75-GRANULOS 76-GRANULOS 77-GRANULOS

78-GRANULOS 79-GRANULOS 80-GRANULOS

81-GRANULOS 82-GRANULOS 83-GRANULOS

84-GRANULOS 85-GRANULOS 86-GRANULOS

87-GRANULOS 88-GRANULOS 89-GRANULOS

90-GRANULOS 91-GRANULOS 92-GRANULOS

93-GRANULOS 94-GRANULOS 95-GRANULOS

96-GRANULOS 97-GRANULOS 98-GRANULOS

99-GRANULOS 100-GRANULOS 101-GRANULOS

102-GRANULOS 103-GRANULOS 104-GRANULOS

105-GRANULOS 106-GRANULOS 107-GRANULOS

108-GRANULOS 109-GRANULOS 110-GRANULOS

111-GRANULOS 112-GRANULOS 113-GRANULOS

114-GRANULOS 115-GRANULOS 116-GRANULOS

117-GRANULOS 118-GRANULOS 119-GRANULOS

120-GRANULOS 121-GRANULOS 122-GRANULOS

123-GRANULOS 124-GRANULOS 125-GRANULOS

126-GRANULOS 127-GRANULOS 128-GRANULOS

129-GRANULOS 130-GRANULOS 131-GRANULOS

132-GRANULOS 133-GRANULOS 134-GRANULOS

135-GRANULOS 136-GRANULOS 137-GRANULOS

138-GRANULOS 139-GRANULOS 140-GRANULOS

141-GRANULOS 142-GRANULOS 143-GRANULOS

144-GRANULOS 145-GRANULOS 146-GRANULOS

147-GRANULOS 148-GRANULOS 149-GRANULOS

150-GRANULOS 151-GRANULOS 152-GRANULOS

153-GRANULOS 154-GRANULOS 155-GRANULOS

156-GRANULOS 157-GRANULOS 158-GRANULOS

159-GRANULOS 160-GRANULOS 161-GRANULOS

162-GRANULOS 163-GRANULOS 164-GRANULOS

165-GRANULOS 166-GRANULOS 167-GRANULOS

168-GRANULOS 169-GRANULOS 170-GRANULOS

171-GRANULOS 172-GRANULOS 173-GRANULOS

174-GRANULOS 175-GRANULOS 176-GRANULOS

177-GRANULOS 178-GRANULOS 179-GRANULOS

180-GRANULOS 181-GRANULOS 182-GRANULOS

183-GRANULOS 184-GRANULOS 185-GRANULOS

186-GRANULOS 187-GRANULOS 188-GRANULOS

189-GRANULOS 190-GRANULOS 191-GRANULOS

192-GRANULOS 193-GRANULOS 194-GRANULOS

195-GRANULOS 196-GRANULOS 197-GRANULOS

198-GRANULOS 199-GRANULOS 200-GRANULOS

201-GRANULOS 202-GRANULOS 203-GRANULOS

204-GRANULOS 205-GRANULOS 206-GRANULOS

207-GRANULOS 208-GRANULOS 209-GRANULOS

210-GRANULOS 211-GRANULOS 212-GRANULOS

213-GRANULOS 214-GRANULOS 215-GRANULOS

216-GRANULOS 217-GRANULOS 218-GRANULOS

219-GRANULOS 220-GRANULOS 221-GRANULOS

222-GRANULOS 223-GRANULOS 224-GRANULOS

225-GRANULOS 226-GRANULOS 227-GRANULOS

228-GRANULOS 229-GRANULOS 230-GRANULOS

231-GRANULOS 232-GRANULOS 233-GRANULOS

234-GRANULOS 235-GRANULOS 236-GRANULOS

237-GRANULOS 238-GRANULOS 239-GRANULOS

240-GRANULOS 241-GRANULOS 242-GRANULOS

243-GRANULOS 244-GRANULOS 245-GRANULOS

246-GRANULOS 247-GRANULOS 248-GRANULOS

249-GRANULOS 250-GRANULOS 251-GRANULOS

252-GRANULOS 253-GRANULOS 254-GRANULOS

255-GRANULOS 256-GRANULOS 257-GRANULOS

258-GRANULOS 259-GRANULOS 260-GRANULOS

261-GRANULOS 262-GRANULOS 263-GRANULOS

264-GRANULOS 265-GRANULOS 266-GRANULOS

267-GRANULOS 268-GRANULOS 269-GRANULOS

270-GRANULOS 271-GRANULOS 272-GRANULOS

273-GRANULOS 274-GRANULOS 275-GRANULOS

276-GRANULOS 277-GRANULOS 278-GRANULOS

279-GRANULOS 280-GRANULOS 281-GRANULOS

282-GRANULOS 283-GRANULOS 284-GRANULOS

285-GRANULOS 286-GRANULOS 287-GRANULOS

288-GRANULOS 289-GRANULOS 290-GRANULOS

291-GRANULOS 292-GRANULOS 293-GRANULOS

294-GRANULOS 295-GRANULOS 296-GRANULOS

297-GRANULOS 298-GRANULOS 299-GRANULOS

300-GRANULOS 301-GRANULOS 302-GRANULOS

303-GRANULOS 304-GRANULOS 305-GRANULOS

306-GRANULOS 307-GRANULOS 308-GRANULOS

309-GRANULOS 310-GRANULOS 311-GRANULOS

312-GRANULOS 313-GRANULOS 314-GRANULOS

315-GRANULOS 316-GRANULOS 317-GRANULOS

318-GRANULOS 319-GRANULOS 320-GRANULOS

321-GRANULOS 322-GRANULOS 323-GRANULOS

324-GRANULOS 325-GRANULOS 326-GRANULOS

327-GRANULOS 328-GRANULOS 329-GRANULOS

330-GRANULOS 331-GRANULOS 332-GRANULOS

333-GRANULOS 334-GRANULOS 335-GRANULOS

336-GRANULOS 337-GRANULOS 338-GRANULOS

339-GRANULOS 340-GRANULOS 341-GRANULOS

342-GRANULOS 343-GRANULOS 344-GRANULOS

345-GRANULOS 346-GRANULOS 347-GRANULOS

348-GRANULOS 349-GRANULOS 350-GRANULOS

351-GRANULOS 352-GRANULOS 353-GRANULOS

354-GRANULOS 355-GRANULOS 356-GRANULOS

357-GRANULOS 358-GRANULOS 359-GRANULOS

360-GRANULOS 361-GRANULOS 362-GRANULOS

363-GRANULOS 364-GRANULOS 365-GRANULOS

366-GRANULOS 367-GRANULOS 368-GRANULOS

369-GRANULOS 370-GRANULOS 371-GRANULOS

372-GRANULOS 373-GRANULOS 374-GRANULOS

375-GRANULOS 376-GRANULOS 377-GRANULOS

378-GRANULOS 379-GRANULOS 380-GRANULOS

381-GRANULOS 382-GRANULOS 383-GRANULOS

384-GRANULOS 385-GRANULOS 386-GRANULOS

387-GRANULOS 388-GRANULOS 389-GRANULOS

390-GRANULOS 391-GRANULOS 392-GRANULOS

393-GRANULOS 394-GRANULOS 395-GRANULOS

396-GRANULOS 397-GRANULOS 398-GRANULOS

399-GRANULOS 400-GRANULOS 401-GRANULOS

402-GRANULOS 403-GRANULOS 404-GRANULOS

405-GRANULOS 406-GRANULOS 407-GRANULOS

408-GRANULOS 409-GRANULOS 410-GRANULOS

411-GRANULOS 412-GRANULOS 413-GRANULOS

414-GRANULOS 415-GRANULOS 416-GRANULOS

417-GRANULOS 418-GRANULOS 419-GRANULOS

420-GRANULOS 421-GRANULOS 422-GRANULOS

423-GRANULOS 424-GRANULOS 425-GRANULOS

426-GRANULOS 427-GRANULOS 428-GRANULOS

429-GRANULOS 430-GRANULOS 431-GRANULOS

432-GRANULOS 433-GRANULOS 434-GRANULOS

435-GRANULOS 436-GRANULOS 437-GRANULOS

438-GRANULOS 439-GRANULOS 440-GRANULOS

441-GRANULOS 442-GRANULOS 443-GRANULOS

444-GRANULOS 445-GRANULOS 446-GRANULOS

447-GRANULOS 448-GRANULOS 449-GRANULOS

450-GRANULOS 451-GRANULOS 452-GRANULOS

453-GRANULOS 454-GRANULOS 455-GRANULOS

456-GRANULOS 457-GRANULOS 458-GRANULOS

459-GRANULOS 460-GRANULOS 461-GRANULOS

462-GRANULOS 463-GRANULOS 464-GRANULOS

465-GRANULOS 466-GRANULOS 467-GRANULOS

468-GRANULOS 469-GRANULOS 470-GRANULOS

471-GRANULOS 472-GRANULOS 473-GRANULOS

474-GRANULOS 475-GRANULOS 476-GRANULOS

477-GRANULOS 478-GRANULOS 479-GRANULOS

480-GRANULOS 481-GRANULOS 482-GRANULOS

483-GRANULOS 484-GRANULOS 485-GRANULOS

486-GRANULOS 487-GRANULOS 488-GRANULOS

489-GRANULOS 490-GRANULOS 491-GRANULOS

492-GRANULOS 493-GRANULOS 494-GRANULOS

495-GRANULOS 496-GRANULOS 497-GRANULOS

498-GRANULOS 499-GRANULOS 500-GRANULOS

501-GRANULOS 502-GRANULOS 503-GRANULOS

504-GRANULOS 505-GRANULOS 506-GRANULOS

507-GRANULOS 508-GRANULOS 509-GRANULOS

510-GRANULOS 511-GRANULOS 512-GRANULOS

513-GRANULOS 514-GRANULOS 515-GRANULOS

516-GRANULOS 517-GRANULOS 518-GRANULOS

519-GRANULOS 520-GRANULOS 521-GRANULOS

522-GRANULOS 523-GRANULOS 524-GRANULOS

525-GRANULOS 526-GRANULOS 527-GRANULOS

528-GRANULOS 529-



**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA**  
**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA		
DIAGNÓSTICO	FX ANTEBRAÇO D + INZ DIREITO		
ALERGIAS		HAS	NEGA
IDADE	15	LEITO	425
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 31 CP VO DE 8/8n SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		
9	SÍMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 n (S/N)		
10	SSW - CCCG 8/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		
14	CURATIVO DIARIO S/N		
15			
16			
17			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).		
19	CONFORME ESQUEMA: 230-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;		
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E/OU GLICOSE ≥ 70 DMNL, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

DR MARCUS BRUNNER  
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES  
CRM 1918

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	O	E
6 H	110x80	59	18	36,4	-	-
12 H	140x90	65	17	36,7	+	+
18 H	120x70	70	16	36,5	+	+
24 H	100x60	55	19	36,5	+	-

	Aceitepublamento das Reclamações	Protocolo nº E	Versão 00	Data da versão: Fevereiro/2013
	Comissão de Curatela - HC	Arquivado: Janeiro / 2013	ENQUADRO:	425

Antissón matrón de Oliveira.



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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA		
DIAGNÓSTICO	FX ANTEBRAÇO D + TNZ DIREITO		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	15	LEITO	425
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
4	TILATIL 2CMG EV 12/12H		
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H		
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSW + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
14	CURATIVO DIÁRIO S/N		
16			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

DR MARCUS BRUNNER  
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES  
CRM 1918

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120x80	51	17	36,9°C
12 H	115/76	53		36,7°C
18 H	123/85	70		37,1°C
24 H	130x80	60	18	36,5°C

ANALISADO TECNICO DA ENFERMAGEM  
EVOLUCAO ENFERMERO  
DATA

NASCIMENTO  
DATA

ASSISTENTE TECNICO DA ENFERMAGEM  
ASSISTENTE ENFERMERO  
DATA

MARCA

MARCA

ASS. E CARMIMBO- ENFERMAMENTO  
DATA / HORA

TAREFA

ASS. E CARMIMBO- TECNICO ENFERMAGEM

CAB.

1000A

Reunião com paciente sobre higiene e como fazer. EF  
fraldas. Sobre a enfermagem multidisciplinar. Pode  
comar. SSTE

ASS. E CARMIMBO- ENFERMAMENTO  
DATA / HORA

NOTA:

ASS. E CARMIMBO- TECNICO ENFERMAGEM

CAB.

1000A

ASS. E CARMIMBO- ENFERMAMENTO

ASS. E CARMIMBO- TECNICO ENFERMAGEM

CAB.

1000A



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR





**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**  
**PREScriÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO		D/H	DN
PACIENTE	ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA		
DIAGNÓSTICO	FX ANTEBRAÇO D + TNZ DIREITO		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DMZ
IDADE	15	LEITO	425
ITEM	PREScriÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO		
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 60MG EV 8/8H S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/6 h (S/N)		
10	SSVW + CCGG 6/8 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OJ PAD> 110 MMHG		
14	CURATIVO DIARIO SN		
15			
16			
17			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).		
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250; 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;		
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E/OJ GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

DR MARCUS BHÜNNER  
CRM 1977

DR MARCELO MARQUES  
CRM 1918

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6 H	110x70	57	-	36.2	+	-
12 H	130x80	56	-	36.5	+	+
18 H	110x70	54	-	36.6	+	+
24 H	100x60	52	-	36.11		



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

• 100

卷之三

PESO: \_\_\_\_\_ KG; LARGO: \_\_\_\_\_ CM

ALLEGORY

11

DRINK.

100

100

十一

四百一

DE SCHERLAGH

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				DIAGNÓSTICO	
COMPROVAÇÃO DE CATETERES E SONDAS				LESÕES	
CATETER CENTRAL:	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL:	DATA:		
CATETER PERIFÉRICO:	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL:	DATA:		
SONDA VESICAL: SIM ( ) NÃO ( )	DATA:				
SONDA NASOGASTRICAL: SIM (X) NÃO ( )	DATA:				
SÍNDROME ASOVENTRAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA:				(1) RISCO DE INFECÇÃO	
SÍNDROME ASOVENTRAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA:				(2) INFLAMATÓRIO RESPIRATÓRIO NO HÁZ	
SÍNDOME ASOVENTRAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA:				(3) INCONTROLE DE MÔSTICOS	
SÍNDOME ASOVENTRAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA:				(4) INSPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	
SÍNDOME ASOVENTRAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA:				(5) TROCA GÁSICA PARRAFOSADA	
SÍNDOME ASOVENTRAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA:				(6) ANTIGÁPTE	
SÍNDOME ASOVENTRAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA:				(7) ANESTÉSICO	
SÍNDOME ASOVENTRAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA:				(8) ENHUMERAMENTO INTESTINAL	
SÍNDOME ASOVENTRAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA:				(9) RACÓ PARA NUTRIÇÃO	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: I) CONSCIENTE I) SEMI-CONSCIENTE I) ALÉCTA I) HONOROSO I) DESCONSCIENTE				(10) DESCOLORIDA	
PULMÃO: I) NUGAScente I) NUGAScente I) NEUROGÊNICO I) ISOCILÍCICO I) ANISOCÍLICO I) HEMÍSÍCICO				(11) INCALIBRIDE: RISCO PESQUISADORA	
ACUADO ALIMENTAR: I) NORMAL I) DIMINUTO				(12) DISCO PARADO O CONFUNDE AEREAZ	
ACUADO ALIMENTAR: I) NORMAL I) DIMINUTO				(13) DESKUSTONADA INTERNA DE VIAS	
VÍAS ALIMENTARES SUPERIORES: I) PERFEITAS I) INSTRUTIVAS HIGIENIZADAS I) HIGIENIZADAS				(14) TERAPÉUTICO	
OBSTÁCULOS:				(15) RISCO PARA LESÃO	
TÓRAX E PULMÕES: PARENTESE RESPIRATÓRIO:				(16) RISCO PARA LESÃO	
DIAPNÉSIA: I) SINTÔMICO I) NÓSOMA FÁCIL				(17) AUTOSTIMA PUDORÍNICA	
DOIS INSPIRATÓRIOS: I) SÓLIO I) HÁZ				(18) INVERTE:	
FREQUÊNCIA: I) HUMERAL I) HUMEROFÍCIO I) BRADIRESPIRATÓRIO I) TACHÍRESPIRATÓRIO				(19) CONSTRIÇÃO	
INDUMENTAS VESICULARES: I) ABSENTES I) PRESENTE TOSSE I) PRESENTE I) SECA I) PERSECRATÓRIO				(20) RISCO PARA CONSTITUIÇÃO	
EVASOS ANORETICOS: I) ABSENTE I) IRÔNICO I) CLETORES I) SÍRULOS				(21) DEFICIÊNCIA ASTRO GIUBUDO	
EVOCACAO: I) BEM VESTIDA VAGAS:				(22) COMUNICAÇÃO VISUAL	
I) MULHERADA I) DÍMINA I) DESGRACADA I) COROA I) HUMEROLÍNGUAL I) ÁRIDAS I) HUMERIZADA I) DISTENSA				(23) CONSTITUIÇÃO	
I) HUMEROTÍCA I) HUMERÓTICA I) HUMEROLÍNGUAL I) HUMERIZADA				(24) MANIPULAÇÃO PARTIR (X)	
I) HUMERATO DA PELLE I) HUMEROLÍNGUAL I) HUMERIZADA				(25) DEFICIÊNCIA PELE	
APARELHO CARDIOVASCULAR				(26) HUMEROLÍNGUAL AO BANHO DE ASPERGÃO	
BEM VESTIDA: I) REGULAR I) IRREGULAR I) HUMEROLÍNGUAL				(27) JORNADA: DESLOCADO	
PORUSO PERIFÉRICO: I) PERMITIDO I) RESTRICTIVO I) BLOQUEADO				(28) SENSAÇÃO DE PUXO NO AETO	
PUNSON: I) INOLIGÁCICO I) TRASITÁRICO I) BANCAZÓICO I) ABSENTE				(29) REAÇAO MUDANÇA DE DESCOBERTO I) H	
LIGAÇAO DO PULME:				(30) HUMERIZADA: QUATRO VÍGULAS	
APARELHO GASTROINTESTINAL:				(31) HUMERIZAR PARA EXAMES EN	
APLITE: I) HOMOPLA: I) PLEXIFORME I) PLEXIFORME				(32) ALIJAR PARTE DE CORPO	
B. A. C. ALIENANTE: I) VENAS VÍTREAS ANÓMICAS I) HUMERIZADA I) LIGADURA I) VAGAS				(33) DESCOLAR E SEPARAR MATERIAIS	
GLUMEROS: I) HUMERIZADA I) HUMERIZADA I) HUMERIZADA I) HUMERIZADA I) HUMERIZADA				(34) ATIVIDADE FÍSICA	
APARELHO GASTROINTESTINAL:				(35) JORNADA	

JURAGÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM  
UNIVERSITÁRIO

EVANIL  
HORA

MARCA:

Setor de Nutrição e Dietoterapia - UNIFER  
Luis Belo - Fazenda São José - SP - 38000-000  
Sua cidade da saude

Davaneir Rosin  
Técnico em enfermagem  
CNPJ 10.000.000.000-00

ASS. E CARIMBO - TEC ENFERMAGEM

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

TARDE:

ASS. E CARIMBO

TRABALHO:

ASS. E CARIMBO

PROFISSÃO:

ASS. E CARIMBO

Reunião com paciente para discussão  
sobre o planejamento individualizado  
de nutrição com base no histórico  
de vida e em suas evidências de  
exames.

Assistente Social - UNIFER  
Luis Belo - Fazenda São José - SP - 38000-000  
Sua cidade da saude

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO

ASS. E CARIMBO

NOCHE:

ASS. E CARIMBO

TRABALHO:

ASS. E CARIMBO

ASS. E CARIMBO

MOTEL:

ASS. E CARIMBO

TRABALHO:

ASS. E CARIMBO

ASS. E CARIMBO

Reunião com paciente para discussão  
sobre o planejamento individualizado  
de nutrição com base no histórico  
de vida e em suas evidências de  
exames.

Assistente Social - UNIFER

ASS. E CARIMBO

NOITE:

ASS. E CARIMBO

TRABALHO:

ASS. E CARIMBO

ASS. E CARIMBO

NOITE:

ASS. E CARIMBO

TRABALHO:

ASS. E CARIMBO

ASS. E CARIMBO



**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PREScrição MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA		
DIAGNÓSTICO	FX ANTEBRAÇO D + TNZ DIREITO		
ALERGIAS	MAS	NEGA	DM2
IDADE	15	LEITO	425
ITEM	PREScrição		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV B/Bh (S/N)		
9	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU FAD > 110 MMHG		
14	CURATIVO DIARIO SM		
15			
16			
17			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E/OU GLICOSE ≤ 70 DML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
19			
20			

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

DR MARCUS BRANNER  
CRM 1947

DR MARCELO MASQUES  
CRM 1918

SINAIS VITAIS	PA	FC	RR	D	TEMP
6 H	187/69	56	4	+	36,9°
12 H	110x70	54	+	+	37,1
18 H	100x60	73	—	+	36,9 °C
24 H	115/73	55	—	+	36,6





**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO	D/H	DN	
PACIENTE	ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA		
DIAGNÓSTICO	FX ANTEBRACO D + TNZ DIREITO		
ALERGIAS	HAS	NEGA	RM2
IDADE	15	LEITO	425
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE	5am	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	immediatamente	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	4PM	
5	PARACETAMOL 500MG VO 3/6H	3PM	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	5PM	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	7PM	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N	7PM	
9	SIMET CONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	7PM	
10	SSVV + CGGG 6/6 H	Colar	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PA > 110 MMHG	7PM	
14	CURATIVO DIARIO S/N	7PM	
15			
16			
17			
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)		
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;		
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E/OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%		
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

DR MARCUS BRUNNER  
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES  
CRM 1918

Dr. Marcus Brunner  
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6 H	122/86	53	—	36,7°	+	-
12 H	120x90	61	—	37°	+	+
18 H	130x70	62	—	36,8°	+	-
24 H	133/74	63	—	36,5°	+	+

ENFILEITO: 425

# SAF-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME:

DATA: 03/10/1982 SEXO: FEMININO IDADE: 40 PESO: KG: 62,5

• ALÉRGICO?

CONTROLE DE CATETERES E SORVOS:

CATETER CENTRAL:

CATETER PERIFÉRICO:

SOMA VESICAL:

SOMA BLOCO ASSTÉTICO:

SOMA NASAL INTEGRAL:

DRENOS:

IDENTIFICA SEMA LESTES:

L-REGIMENTO E ARASO:

URGÊNCIA POR PRESSÃO SUM:

CP REGISTRO DE NIVEL DE CONSCIÊNCIA:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ALARME FÍSICO EXTRAFACIAL:

LESÕES:

DIAGNÓSTICO:

PREScrição DE ENFERMAGEM:

CIRROSIS INTESTINAL:

RESPIRAÇÃO RESPIRATÓRIA:

RESPIRAÇÃO ESPIRATORIA:

RESPIRAÇÃO FÍSICA PREMIER LAZ:

RISCO PARA MORTALHO:

DISSECTAR BIBIDA:

INTERCÂMBIO FÍSICO PREMIER LAZ:

RISCO PARA O CONTROLE INERTRAZ:

TELEFÔNICO:

DESESTRUTURA MÉDICA DE VÍOS:

ALERGIA:

EXAMINAÇAO FÍSICA PULMONAR:

EXAMINAÇAO CARDIACA:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO MUSCULAR:

EXAMINAÇAO NEUROLOGICA:

EXAMINAÇAO HEPATOBILIAR:

EXAMINAÇAO RENAL:

EXAMINAÇAO HEMATOLOGICA:

EXAMINAÇAO ENDOCRINA:

EXAMINAÇAO METABOLICA:

EXAMINAÇAO HEPATOBILIAR:

EXAMINAÇAO FÍSICA GASTROINTESTINAL:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO MUSCULAR:

EXAMINAÇAO NEUROLOGICA:

EXAMINAÇAO RENAL:

EXAMINAÇAO ENDOCRINA:

EXAMINAÇAO METABOLICA:

EXAMINAÇAO HEPATOBILIAR:

EXAMINAÇAO GASTROINTESTINAL:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO MUSCULAR:

EXAMINAÇAO FÍSICA CARDIACA:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO MUSCULAR:

EXAMINAÇAO NEUROLOGICA:

EXAMINAÇAO RENAL:

EXAMINAÇAO ENDOCRINA:

EXAMINAÇAO METABOLICA:

EXAMINAÇAO HEPATOBILIAR:

EXAMINAÇAO GASTROINTESTINAL:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO MUSCULAR:

EXAMINAÇAO FÍSICA RESPIRATÓRIA:

EXAMINAÇAO CARDIACA:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO MUSCULAR:

EXAMINAÇAO NEUROLOGICA:

EXAMINAÇAO RENAL:

EXAMINAÇAO ENDOCRINA:

EXAMINAÇAO METABOLICA:

EXAMINAÇAO HEPATOBILIAR:

EXAMINAÇAO GASTROINTESTINAL:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO FÍSICA NEUROLOGICA:

EXAMINAÇAO MUSCULAR:

EXAMINAÇAO NEUROLOGICA:

EXAMINAÇAO RENAL:

EXAMINAÇAO ENDOCRINA:

EXAMINAÇAO METABOLICA:

EXAMINAÇAO HEPATOBILIAR:

EXAMINAÇAO GASTROINTESTINAL:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO MUSCULAR:

EXAMINAÇAO NEUROLOGICA:

EXAMINAÇAO FÍSICA ENDOCRINA:

EXAMINAÇAO CARDIACA:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO MUSCULAR:

EXAMINAÇAO NEUROLOGICA:

EXAMINAÇAO RENAL:

EXAMINAÇAO ENDOCRINA:

EXAMINAÇAO METABOLICA:

EXAMINAÇAO HEPATOBILIAR:

EXAMINAÇAO GASTROINTESTINAL:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO FÍSICA METABOLICA:

EXAMINAÇAO CARDIACA:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO MUSCULAR:

EXAMINAÇAO NEUROLOGICA:

EXAMINAÇAO RENAL:

EXAMINAÇAO ENDOCRINA:

EXAMINAÇAO METABOLICA:

EXAMINAÇAO HEPATOBILIAR:

EXAMINAÇAO GASTROINTESTINAL:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO FÍSICA HEPATOBILIAR:

EXAMINAÇAO CARDIACA:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO MUSCULAR:

EXAMINAÇAO NEUROLOGICA:

EXAMINAÇAO RENAL:

EXAMINAÇAO ENDOCRINA:

EXAMINAÇAO METABOLICA:

EXAMINAÇAO HEPATOBILIAR:

EXAMINAÇAO GASTROINTESTINAL:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO FÍSICA NEUROLOGICA:

EXAMINAÇAO MUSCULAR:

EXAMINAÇAO NEUROLOGICA:

EXAMINAÇAO RENAL:

EXAMINAÇAO ENDOCRINA:

EXAMINAÇAO METABOLICA:

EXAMINAÇAO HEPATOBILIAR:

EXAMINAÇAO GASTROINTESTINAL:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO MUSCULAR:

EXAMINAÇAO NEUROLOGICA:

EXAMINAÇAO FÍSICA ENDOCRINA:

EXAMINAÇAO CARDIACA:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO MUSCULAR:

EXAMINAÇAO NEUROLOGICA:

EXAMINAÇAO RENAL:

EXAMINAÇAO ENDOCRINA:

EXAMINAÇAO METABOLICA:

EXAMINAÇAO HEPATOBILIAR:

EXAMINAÇAO GASTROINTESTINAL:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO FÍSICA METABOLICA:

EXAMINAÇAO CARDIACA:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO MUSCULAR:

EXAMINAÇAO NEUROLOGICA:

EXAMINAÇAO RENAL:

EXAMINAÇAO ENDOCRINA:

EXAMINAÇAO METABOLICA:

EXAMINAÇAO HEPATOBILIAR:

EXAMINAÇAO GASTROINTESTINAL:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO FÍSICA HEPATOBILIAR:

EXAMINAÇAO CARDIACA:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO MUSCULAR:

EXAMINAÇAO NEUROLOGICA:

EXAMINAÇAO RENAL:

EXAMINAÇAO ENDOCRINA:

EXAMINAÇAO METABOLICA:

EXAMINAÇAO HEPATOBILIAR:

EXAMINAÇAO GASTROINTESTINAL:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO FÍSICA NEUROLOGICA:

EXAMINAÇAO MUSCULAR:

EXAMINAÇAO NEUROLOGICA:

EXAMINAÇAO RENAL:

EXAMINAÇAO ENDOCRINA:

EXAMINAÇAO METABOLICA:

EXAMINAÇAO HEPATOBILIAR:

EXAMINAÇAO GASTROINTESTINAL:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO MUSCULAR:

EXAMINAÇAO NEUROLOGICA:

EXAMINAÇAO FÍSICA ENDOCRINA:

EXAMINAÇAO CARDIACA:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO MUSCULAR:

EXAMINAÇAO NEUROLOGICA:

EXAMINAÇAO RENAL:

EXAMINAÇAO ENDOCRINA:

EXAMINAÇAO METABOLICA:

EXAMINAÇAO HEPATOBILIAR:

EXAMINAÇAO GASTROINTESTINAL:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO FÍSICA METABOLICA:

EXAMINAÇAO CARDIACA:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO MUSCULAR:

EXAMINAÇAO NEUROLOGICA:

EXAMINAÇAO RENAL:

EXAMINAÇAO ENDOCRINA:

EXAMINAÇAO METABOLICA:

EXAMINAÇAO HEPATOBILIAR:

EXAMINAÇAO GASTROINTESTINAL:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO FÍSICA HEPATOBILIAR:

EXAMINAÇAO CARDIACA:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO MUSCULAR:

EXAMINAÇAO NEUROLOGICA:

EXAMINAÇAO RENAL:

EXAMINAÇAO ENDOCRINA:

EXAMINAÇAO METABOLICA:

EXAMINAÇAO HEPATOBILIAR:

EXAMINAÇAO GASTROINTESTINAL:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO FÍSICA NEUROLOGICA:

EXAMINAÇAO MUSCULAR:

EXAMINAÇAO NEUROLOGICA:

EXAMINAÇAO RENAL:

EXAMINAÇAO ENDOCRINA:

EXAMINAÇAO METABOLICA:

EXAMINAÇAO HEPATOBILIAR:

EXAMINAÇAO GASTROINTESTINAL:

EXAMINAÇAO GENITAL:

EXAMINAÇAO MUSCULAR:

EXAMINAÇAO NEUROLOGICA:

EVOLUÇÃO DO ENFILMEIRO

EVOLUÇÃO DO ENFILMEIRO

MANUFACTURE OF POLY(1,3-DIISOPROPYL-2-METHYL-1,3-DIENE) 113

卷之三

四

109

卷之三

Education and the new order  
Education and the new order  
also education.

卷之三

Deutsche Münze ob  
Sachsen 1802  
durch einen Abzug

REVISTA CIENTÍFICA

ESTRUTURA DA CAMPANHA TECNOLÓGICA

PATIENTS  
Patients begin NO later than 6 weeks.  
Intravenous Dexamethasone administered to older  
patients to prevent cerebral edema.  
Cerebral edema can lead to increased  
intracranial pressure and stroke.  
The side effects include  
metabolic changes.

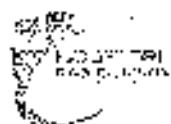
ASS. E CARICATO - INFERMERIA

*MS. A. 9.9 (1940) (C) SHELF NUMBER  
DATA SHEET*

Pacientes: Pacientes, en su mayoría de edad media y muy numerosos.  
Causas: Principales causas: infarto agudo de miocardio, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, tabaquismo.

ASCI E L'ANALISI DI MIGRAZIONE

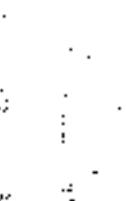
THE INFLUENCE OF THE ENVIRONMENT ON THE  
GROWTH AND DEVELOPMENT OF THE COTTON PLANT



## Acompanhamento das Reuniões

Protocolo nº 1 | Versão 06 | Data da Fim: 2015-01-01  
Anexada: Janeiro / 2015

Name: Bethany Moppes de Almeida

Localização do Reptil		Localização da Peleira	
<b>DATA:</b>	<b>DATA:</b>	<b>DATA:</b>	<b>DATA:</b>
<b>GRAU - I</b>	<b>GRAU - II</b>	<b>GRAU - III</b>	<b>GRAU - IV</b>
			
<b>Biologia:</b>	<b>Processo:</b> <input checked="" type="checkbox"/> N - II - N (nenhum material) <input type="checkbox"/> Simbólica proteína/pólipos extráglicos <input type="checkbox"/> Polímero polivinílico	<b>Processo:</b> <input checked="" type="checkbox"/> II - III - V (Cercoas, ócitos, etc.) <input type="checkbox"/> Cossistáticas e cossistáticas destrutivas, etc.	
<b>Tamanho da Ferida:</b>	<b>Comprimento:</b> _____ cm <b>Largura:</b> _____ cm	<b>Comprimento:</b> _____ cm <b>Largura:</b> _____ cm	
<b>Aparência do Lesão:</b>	<b>Profundidade:</b> _____ cm	<b>Profundidade:</b> _____ cm	
<b>Qualidade da Escoriação:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Seca, mínima <input type="checkbox"/> Úmida, pouca <input type="checkbox"/> Úmida, moderada <input type="checkbox"/> Muito húmida, escudadeira	<input checked="" type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Sangue líquido	
<b>Tipos de exsudato:</b>	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento	<input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Hidratado	
<b>Color:</b>	<input type="checkbox"/> Branco <input checked="" type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Vermelho <input checked="" type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Preto	
<b>Odor:</b>	<input type="checkbox"/> Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Desagradável <input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Desagradável <input type="checkbox"/> Forte	
<b>Detalhes:</b>	<input type="checkbox"/> Exsudato não seco em forma de cuboletas <input type="checkbox"/> Exsudato espesso <input checked="" type="checkbox"/> Exsudato no exterior em gotas	<input type="checkbox"/> Exsudato espesso <input type="checkbox"/> Exsudato no exterior em gotas <input checked="" type="checkbox"/> Exsudato no interior da peleira	
<b>Condição da pele:</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Exsuda / Fluido	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Exsuda / Fluido	
<b>Peritonsionite:</b>	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Outras: _____	
<b>Solução para limpeza:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 0,5% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 0,5% <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 0,5% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 0,5% <input type="checkbox"/> Outros: _____	
<b>Cobertura primária:</b>	<input type="checkbox"/> Fitoterápicos <input type="checkbox"/> S. B. Endovenosa da Pele	<input type="checkbox"/> Gang <input type="checkbox"/> Parafase	
<b>Centro e reto na lesão:</b>	<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outros: _____	
<b>Hora de cultivo:</b>	<b>Local:</b> _____ <b>Data:</b> _____	<b>Local:</b> _____ <b>Data:</b> _____	
<b>Caixa da Próstata (coral):</b>	<b>Caixa da Próstata (coral):</b> _____	<b>Caixa da Próstata (coral):</b> _____	
<b>Em Lado de I ou 24hs:</b>	<b>Caixa da Próstata (coral):</b> _____	<b>Caixa da Próstata (coral):</b> _____	
<b>Exames, eletro, etc.</b>	<b>Caixa da Próstata (coral):</b> _____	<b>Caixa da Próstata (coral):</b> _____	
<b>Notas em Enfermagem:</b>	<b>Caixa da Próstata (coral):</b> _____	<b>Caixa da Próstata (coral):</b> _____	
<b>Caráter e Assinatura</b> <b>do Linhamento</b>	<b>Caráter e Assinatura</b> <b>do Linhamento</b>	<b>Caráter e Assinatura</b> <b>do Linhamento</b>	
<b>UFSC:</b>	<b>UFSC:</b>	<b>UFSC:</b>	



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

三

卷之三

卷之三

PESO \_\_\_\_\_ KG. Altura 1.75

三

*DEPARTMENT OF EDUCATION  
EDUCATIONAL PUBLICATIONS  
TEACHING MATERIALS FOR ELEMENTARY SCHOOLS  
LEVEL II*

ปี๕๖๐๘๙๔๗



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 370210-3 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/04/2019

NOME: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO:  
ANTENOR MAFRA DINIZ  
FRANCISCA DAS CHAGAS GREGÓRIO DE OLIVEIRA  
NATURALIDADE:  
BOA VISTA - RR  
DOC. ORIGEM: CERTD NASC 63.670 FLS 005V LIV A-90  
DATA DE NASCIMENTO: 13/02/1992

PRODUTO PLASTIMARCA 2ª VIA LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

AMADEU ROCHA TRIANI  
Perito Forense/Cientista da Polícia Civil  
Roraima - Brasil

**BRASIL**  
**(HTTPS://GOV.BR)**



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **702.214.982-81**

Nome: **ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA**

Data de Nascimento: **13/02/1992**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **16/07/2014**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **12:45:03** do dia **03/01/2020** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **1C2E.F090.157A.182E**





VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 30.232 DATA DE EXPEDICAO 17/07/2002

NOME LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

FILIAÇÃO ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM

NATURALIDADE BOA VISTA-RR DATA DE NASCIMENTO 14/03/1971

DOC ORIGEM COT 3766 F.260 L.E-12 BOA VISTA-RR.

CPF 234315382 - 13

Ramiro Freitas da Silveira  
Assinatura do Diretor

LEI N.º 7.116 DE 29/06/83

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006890/20

**Vítima:** ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

**CPF:** 702.214.982-81

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/10/2019

**Titular do CPF:** ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15**

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

**ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA : 702.214.982-81**

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](http://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: 07/01/2020  
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES  
CPF: 294.316.382-15

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200007619      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 03/10/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALEOLO MEDIAL DIREITO E RADIO/ULNA DIREITAS

**Descrição do exame físico:** APRESENTA DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO, FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO E CIRCUNDAÇÃO DO PUNHO DIREITO, SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO DIREITO E PLANTIFLEXÃO E DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU FRATURA DO MALEOLO MEDIAL DIREITO E RADIO/ULNA DIREITAS, FOI SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSIONADA E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

**Sequelas permanentes:** RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO DIREITO E MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 16/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO EM GRAU MODERADO E TORNOZELO DIREITO EM GRAU MODERADO.

## 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>47,5 %</b>	<b>R\$ 6.412,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200007619      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 03/10/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALEOLO MEDIAL DIREITO E RADIO/ULNA DIREITAS

**Descrição do exame físico:** APRESENTA DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO, FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO E CIRCUNDAÇÃO DO PUNHO DIREITO, SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO DIREITO E PLANTIFLEXÃO E DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU FRATURA DO MALEOLO MEDIAL DIREITO E RADIO/ULNA DIREITAS, FOI SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSIONADA E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

**Sequelas permanentes:** RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO DIREITO E MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 16/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO EM GRAU MODERADO E TORNOZELO DIREITO EM GRAU MODERADO.

**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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>47,5 %</b>	<b>R\$ 6.412,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200007619 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA Data do acidente: 03/10/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO E URNA DIREITA  
FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(P.31)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @(31)SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>13,25 %</b>	<b>R\$ 1.788,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200007619      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 03/10/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/01/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO E URNA DIREITA  
FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR(P.31)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @(31)SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>13,25 %</b>	<b>R\$ 1.788,75</b>

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

**Nome:** ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

**Identidade:** 370210-3 SSP/RR **CPF:** 702.214.982-81

**Naturalidade:** BOA VISTA/RR **Nacionalidade:** BRASILEIRO

**Estado Civil:** CASADO **Profissão:** AGRICULTOR

**Endereço:** RUA ANTONIA MOREIRA DE MORAES, 122 – SILVIO LEITE / CEP: 69.317-192

### 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; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 15 de outubro de 2019.

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006890/20

**Vítima:** ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

**CPF:** 702.214.982-81

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/10/2019

**Titular do CPF:** ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

### ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA : 702.214.982-81

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](http://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: 07/01/2020  
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES  
CPF: 294.316.382-15

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

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

---

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190243969**

**Vítima: DEGIVALDO ALVES SIQUEIRA**

**Data do Acidente: 19/11/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), DEGIVALDO ALVES SIQUEIRA**

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



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

---

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190243969**

**Vítima: DEGIVALDO ALVES SIQUEIRA**

**Data do Acidente: 19/11/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), DEGIVALDO ALVES SIQUEIRA**

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

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

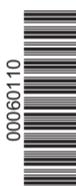
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190243969

Vítima: DEGIVALDO ALVES SIQUEIRA

Data do Acidente: 19/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), DEGIVALDO ALVES SIQUEIRA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **DEGIVALDO ALVES SIQUEIRA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **001**

Agência: **000002346-9**

Conta: **000010036255-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200007619**

**Vítima: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 03/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA**

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.**

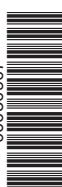
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



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

---

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200007619**

**Vítima: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 03/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA**

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



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

---

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200007619

Vítima: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 03/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

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\$ 6.412,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

Valor: **R\$ 6.412,50**

Banco: **104**

Agência: **000003906**

Conta: **0000012197-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

70221498281

4 - Nome completo da vítima:

ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo:

ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

6 - CPF:

70221498281

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

R. ANTONIA MOREIRA DE MORAES 122

9 - Número:

122

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SILVIO NEITE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69317192

15 - E-mail:

LUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM

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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3906

CONTA: 00012197 0

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir 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: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel/nascor)?  Sim  Não

31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

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)

40 - Local e Data,

BOA Vista, 02/10/20.

Assinatura em nome da vítima

ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

Assinatura da testemunha

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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

570837

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033490/2019-A03

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/12/2019 10:09 Data/Hora Fim: 18/12/2019 10:34  
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 2454 Data: 03/10/2019  
Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial  
Data/Hora do Fato: 03/10/2019 15:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Av. Nazaré Filgueiras

Bairro: Pintolândia

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB )	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO RICHARDSON PASSOS FEITOSA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO )	Sexo: Masculino	Idade 39
Nacionalidade: Brasileira		
Estado Civil: Sem Informação		

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua José Aurelizano da Costa Nº: 966  
Bairro: Centro

Nome Civil: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA (ENVOLVIDO , VÍTIMA , COMUNICANTE )	Sexo: Masculino	Nasc: 13/02/1992
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Boa Vista	Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Profissão: Agricultor		
Estado Civil: Casado(a)		

Nome da Mãe: Francisca das Chagas Gregório de Oliveira

Nome do Pai: Antenor Mafra Diniz

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 702.214.982-81  
RG - Carteira de Identidade: 370210-3

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Antonia Moreira de Moraes Nº: 122  
Complemento: Apartamento 01  
Bairro: Dr. Silvio Leite  
Telefone: (95) 99146-4346 (Recado)

Razão Social: PÓLICIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE )

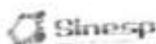
Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 18/12/2019 10:34  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033490/2019-A03

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 035.462.342-78	Placa JXO3912
Renavam 00123326907	Número do Motor 4847778
Número do Chassi 9BRBB48EX95056028	Ano/Modelo Fabricação 2009/2009
Cor CINZA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo TOYOTA/COROLLA XEI18FLEX
Modelo TOYOTA/COROLLA XEI18FLEX	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 07/06/2018	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Richardson Passos Feitosa	Proprietário

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 000.781.912-97	Placa NAT-1480
Renavam 00905897501	Número do Motor G355E-004728
Número do Chassi 9C6KG021070004636	Ano/Modelo Fabricação 2007/2006
Cor AZUL	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/LANDER XTZ250
Modelo YAMAHA/LANDER XTZ250	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
Arlisson Mafra de Oliveira	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O ROP relata que a guarnição foi acionada via CIOPS para ocorrência de acidente de trânsito no local. Que Antonio Feitosa conduzia o Toyota Corolla, placa JXO 3912 e Arlisson conduzia a motocicleta Yamaha Lander, placa NAT 1480. Que Antonio Feitosa informou que transitava pela AV. Nazaré Filgueira sentido Laura Pinheiro, quando no cruzamento em frente ao 2º Batalhão ligou seta indicando a intenção de fazer o retorno à esquerda, momento em que a motocicleta colide na lateral esquerda traseira do Corolla. O condutor da motocicleta aparentava ter fratura no antebraço/mão direita e outros ferimentos na perna. Que o SAMU foi acionado e removeu Arlisson Oliveira ao HGR. Informa que ambos veículos estavam com licenciamento em atraso e foram removidos ao pátio do Detran. Informa ainda que o condutor dois não foi apresentado junto ao relatório por ter sido removido para cuidados médicos. A perícia esteve no local por intermédio do perito Sr. Reginaldo.

É o relato sucinto.

**O COMUNICANTE VÍTIMA ARLISSON QUE NÃO É HABILITADO, COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR NESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DE SEGURO DPVAT, QUE A MOTOCICLETA PLACA NAT-1480, QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO NO DIA QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO E SOFREU LESÕES CORPORALIS, ESTÁ NO NOME DE PAULO ALVES BEZERRA DE SOUSA; E QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. É o aditamento/acréscimo.**



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033490/2019-A03

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo  
Agente de Polícia  
Matrícula #2000908  
Responsável pelo Atendimento.

DAT  
AGENTE DE POLÍCIA

Arisson Mafra de Oliveira  
(Comunicante / Envolvido / Vítima)

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



# 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: 23/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.412,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000012197-0

---

Nr. da Autenticação FF6D0FC1292F0E23