



CNPJ: 05.939.487/0001-03
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 28.555.428-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 65.368-410

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

Matrícula: 624411

Janeiro/2019

Dados do Cliente:

JOSE BERNARDO PEREIRA LIMA
519931234

Endereço para entrega:

RUA ANTÔNIO MARCELO DE MOURA, 120 - 18
SILVIA LEITE DOM-ALTA PR 65917-190

Inscrição

001.019.092 02/7/2008

Rota

22

Seq.Rota

1365

Quantidade de Economias

10.000.000

Hidrômetro

7140 - MEDIDO

Data de Instalação

Situação Água

LIGADO

Situação Esgoto

POTENCIAL

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 SERASA, CONFORME NOS PERMITE A LEI FEDERAL Nº 11.445/2007. CASO EXISTA AVISO ANTERIOR, CUJO DÉBITO LISTADO AINDA NÃO TENHA SIDO REGULARIZADO, AINDA A SEU IMÓVEL ESTÁ SUJEITO A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO A QUALQUER MOMENTO, MANTENDO OS COMPROVANTES DE PAGAMENTO NO SEU IMÓVEL A DISPOSIÇÃO DOS NOSSOS COLABORADORES, PARA EVITARMOS A SUSPENSÃO INDEVIDA.

CASO JÁ TENHA QUITADO O DÉBITO, DESCONSIDERE ESSE AVISO

REFERÊNCIA CONTA
11/2018

VENCIMENTO
15/12/2018

VALOR(R\$)
32,27

PAGAR

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
539180	07/2019	22-JUN-19 a 23-JUL-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
498	10-AUG-19	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	MÊS	TOTAL A PAGAR
539180	07/2019	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 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 nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determinou 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 faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Peço 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 ARNISON MAFRA DE OLIVEIRA inscrito(a)

no CPF sob o nº 702.214.982-01 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima

ARNISON MAFRA DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o nº

702.214.982-01, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA SO. PM. JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA</u>		Número <u>2/9</u>	Complemento _____
Bairro <u>CARANA</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.618-877</u>
E-mail <u>luana.souza710@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(095) 99116.8367</u>

Boa Vista-RR, 02/01/20.

Local e Data

Luana Amorim de Souza Lopes
Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Ministério Geral de Roraima - "MAIA" / DSE
Av. Baldoirio Eduardo Gomes, 3228

Profissional
Vinte e Nove
Luzia
Amorim
Vieira
Julia Assis

Profissional
Vinte e Nove
Luzia
Amorim
Vieira
Julia Assis

Profissional
Vinte e Nove
Luzia
Amorim
Vieira
Julia Assis

160116049 03/13/2019 15:22:54 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19

Paciente: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA Data Nascimento: 13/02/1992 Idade: 27 A 7 M 19 D GRS: 998104530330054 CPF: 00955742

Nome: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA Documento: Orgão Emissor: Data Emissão: Sexo: Estado Civil: Raca/Cor: Nacionalidade: Nacionalidade: BRASILEIRA

Nome: FRANCISCA DAS CHAGAS GREGORIO DE OLIVEIRA Pa: ANTENOR MAFRA DINIZ Cx. Mto: 1951 88110-4469

Endereço: RUA - DANDAE PINHO - 129 - CINTURAO VERDE - BOA VISTA - RR Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. do Risco: Plano Convênio: SLS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Nº da Consulta: Validade: Atualização: Sit. Paciente:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional da Man. Procedência: Temp. Post. Presente:

Ser: GRANDE TRAUMA Tipo de Carga: SAIM CAPITAL Procedimento SCL Registrado por: ANTONIA SOARES

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febre ☐ Síndrome Respiratória ☐ Suspeita de Infecção

Acidente de moto

Anamnese de Enfermagem: CSC: AN: 123 4 100 123 45 MEX: 123 150 TOTAL:

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: 15:22 h)

Exame Físico: *Exame físico realizado com antebraço (D) e punho (D) da movimentação, dor harmonizada.*

História Diagnóstica: *Exame físico realizado com antebraço (D) e punho (D) da movimentação, dor harmonizada.*

SAUT - Exames Complementares: *Exame físico realizado com antebraço (D) e punho (D) da movimentação, dor harmonizada.*

PRESCRIÇÃO: *Exame físico realizado com antebraço (D) e punho (D) da movimentação, dor harmonizada.*

APRAZAMENTO: *Exame físico realizado com antebraço (D) e punho (D) da movimentação, dor harmonizada.*

OBSERVAÇÃO: *Exame físico realizado com antebraço (D) e punho (D) da movimentação, dor harmonizada.*

Exame físico realizado com antebraço (D) e punho (D) da movimentação, dor harmonizada.

Exame físico realizado com antebraço (D) e punho (D) da movimentação, dor harmonizada.

Exame físico realizado com antebraço (D) e punho (D) da movimentação, dor harmonizada.

Exame físico realizado com antebraço (D) e punho (D) da movimentação, dor harmonizada.

Exame físico realizado com antebraço (D) e punho (D) da movimentação, dor harmonizada.

Exame físico realizado com antebraço (D) e punho (D) da movimentação, dor harmonizada.

Exame físico realizado com antebraço (D) e punho (D) da movimentação, dor harmonizada.

Exame físico realizado com antebraço (D) e punho (D) da movimentação, dor harmonizada.

Exame físico realizado com antebraço (D) e punho (D) da movimentação, dor harmonizada.

Exame físico realizado com antebraço (D) e punho (D) da movimentação, dor harmonizada.

Exame físico realizado com antebraço (D) e punho (D) da movimentação, dor harmonizada.

Exame físico realizado com antebraço (D) e punho (D) da movimentação, dor harmonizada.

Otopatia

D. Jorlha

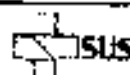
paciente vítima de acidente com motor
com fratura exposta de crânio da calota.
Direita, oblíqua além do esterno.
fechada de modo medido ao
tombado Direito.

Realizado avaliação do ferimento,
após com deformidade externa no
CD: Ao Centro Cirúrgico.

Ciprofloxacina 400mg e ^{durante 7 dias}
Clindamicina 600mg e ^{durante 7 dias}
ATT 0,5ml I/M → ^{durante 7 dias}

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Otopedia e Traumatologia
CRM 14554

18 horas. Centro Cirúrgico comunitário
por 3 vezes, porém não foi solda
disponível, após realgar a ferida
foi feita a sutura e o paciente foi
internado. ^{ans. 51 exposta para o}
Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Otopedia e Traumatologia
CRM 14554
Dr. Moisés Aguiar
Médico Residente
Otopedia e Traumatologia
CRM 14554
Do Voto P/ Dr. Rêgo



Sistema Ministerial
União da Saúde
Secretaria de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - CNEP

4 - CNEP

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - Nº

12 - Nº

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, QUADRA)

13 - CEP

14 - TELEFONE DE CONTATO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CID 103E MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS CLÍNICOS

*FX aneurisma D + TAE D, decorrente
ocidente transilí
- LMC + clivatura aneurisma D + redeção*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Clivagem

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (ANEXADOS OU FRASES REALIZADAS)

Exame físico + R+

20 - EXAME DE RADIOLÓGIA

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 OUTRAS ASSOCIAÇÕES

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - QUANTIDADE

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO (CONFERIR COM O PROFISSIONAL SOLICITANTE) 30 - Nº DO DOCUMENTO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA)

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO COORDENADOR DE SERVIÇOS

Dr. Vilson P. / Dr. Ruyce

31/10/18

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VÍCIOS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHISTICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJEIRO

36 - CARTELA DE SEGURO

37 - Nº DO SEGURO

38 - Nº DO SEGURO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNPJ

42 - VÍCIOS COM A PRODUÇÃO

() EMPREGADO

() EMPREENDEDOR

() AUTÔNOMO

() DESPREZADO

() APOSENTADO

() NÃO RESUTADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CID 103E ESPECIAL

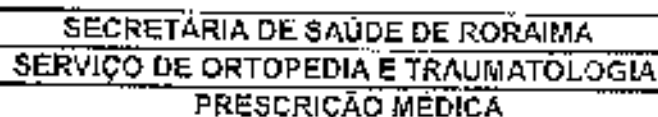
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DO DOCUMENTO (CONFERIR COM O PROFISSIONAL AUTORIZADOR)

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CONSELHO



PRESCRIÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

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

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

NOME: Anderson Roberto de Oliveira HU EX DE PATOLOGIA CLÍNICA

DATA: 11/10/18 SEXO: M MUF: ADOLE PESO: 60,5 KG: 1,60 LITRO: 40,5 • ALÉRGICO:

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS:

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL SIM () NÃO ()			
SONDA NASOGÁSTRICA SIM () NÃO ()			

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA:

DRENAR: SIM () NÃO () QUAL:

IDENTIFICAR SE HÁ LESÕES:

1. REPEREÇÃO 2. ABRASÃO 3. EMATOMA 4. DECOMPOSIÇÃO 5. PONTUAÇÃO DEPOSTA 6. EDEMA 7. AMPLIFICAÇÃO

ACURACIA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL:

CONCEITO PERIÓDICO: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DISORIENTADO

ACURACIA VISUAL: () NORMAL () DEFORMADA () ISOTÓPICA () AMORFAS () ALTERNANÇAS

ACURACIA AUDITIVA: () NORMAL () DEFORMADA

VIAS RESPIRATÓRIAS SUPERIORES: () NORMAIS () DESTRUTURADAS

VIAS RESPIRATÓRIAS INFERIORES: () NORMAIS () DESTRUTURADAS

TOCAIX E PULSAÇÕES: PADRÃO RESPIRATORIO

EXATIDÃO: () SIMETRICO () ASSIMETRICO

TOCA INSPIRATORIA: () SIM () NÃO

EXATIDÃO: () NORMAL () DEFORMADA () ISOTÓPICA () AMORFAS () ALTERNANÇAS

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () PRESENTES

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () PRESENTES

GRADUAÇÃO/COEF. DE PULSAÇÃO

() NORMAL () DEFORMADA () ISOTÓPICA () AMORFAS () ALTERNANÇAS

TEMPERATURA DA PELE: () NORMAL () DEFORMADA () ISOTÓPICA () AMORFAS () ALTERNANÇAS

APARELHO CARDIOVASCULAR: () NORMAL () DEFORMADA () ISOTÓPICA () AMORFAS () ALTERNANÇAS

APARELHO CARDIOVASCULAR: () NORMAL () DEFORMADA () ISOTÓPICA () AMORFAS () ALTERNANÇAS

LESÕES



DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() RISCO DE LESÃO

() INICIAÇÃO DE MANEJO

() INICIAÇÃO DE MANEJO

() INICIAÇÃO DE MANEJO

() INICIAÇÃO DE MANEJO

() INICIAÇÃO DE MANEJO

() INICIAÇÃO DE MANEJO

() INICIAÇÃO DE MANEJO

() INICIAÇÃO DE MANEJO

() INICIAÇÃO DE MANEJO

() INICIAÇÃO DE MANEJO

() INICIAÇÃO DE MANEJO

() INICIAÇÃO DE MANEJO

() INICIAÇÃO DE MANEJO

() INICIAÇÃO DE MANEJO

() INICIAÇÃO DE MANEJO

() INICIAÇÃO DE MANEJO

() INICIAÇÃO DE MANEJO

() INICIAÇÃO DE MANEJO

() INICIAÇÃO DE MANEJO

() INICIAÇÃO DE MANEJO

() INICIAÇÃO DE MANEJO

() INICIAÇÃO DE MANEJO

() INICIAÇÃO DE MANEJO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANEJO DE MANEJO

() MANEJO DE MANEJO

() MANEJO DE MANEJO

() MANEJO DE MANEJO

() MANEJO DE MANEJO

() MANEJO DE MANEJO

() MANEJO DE MANEJO

() MANEJO DE MANEJO

() MANEJO DE MANEJO

() MANEJO DE MANEJO

() MANEJO DE MANEJO

() MANEJO DE MANEJO

() MANEJO DE MANEJO

() MANEJO DE MANEJO

() MANEJO DE MANEJO

() MANEJO DE MANEJO

() MANEJO DE MANEJO

() MANEJO DE MANEJO

() MANEJO DE MANEJO

() MANEJO DE MANEJO

() MANEJO DE MANEJO

() MANEJO DE MANEJO

() MANEJO DE MANEJO

() MANEJO DE MANEJO

() MANEJO DE MANEJO



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	D/M	DN
PACIENTE	BARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA	
AGNOSTI	FX ANTEBRAÇO D + TNZ D	
ALERGIAS	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	63
ITEM	DATA	04/10/2019
PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 8/8H S/N	
5		
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,5% CASO NÃO TENHA O ITEM	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 8/8H	
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	BSVV + CCGG 8/6 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.I. GLICOSE < 70
QUIM. GLICOSE 50% 40 ML EV. + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

APÓS CONTATO PACIENTE DETIDO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOGRADO, HIDRATADO.

EXAMINADO:

EXAMINADO: MANTIDA

EXAMINADO DE CIRURGIA:

EXAMINADO DE ALTA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
6 H	140/80	55	18
12 H	140/80	55	18
18 H	140/80	55	18
24 H	140/80	55	18

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
CRM-RR 7028
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Assinado por: [Assinatura]
Título: [Título]
COREN-RR 54992-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	4/10/2019	DN	22/8/2004
PACIENTE		ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO		FX ANTEBRAÇO D + TNZ D				
ALÉRGICAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	15	LEITO	425	4/10/2019		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SN D
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					Paula
3	SF C.9 % 500ml EV SN					SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN					SN
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO 8/8H SN					SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA					SC
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN					SC
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8H					SC
9	CLINDAMICINA 300MG EV OU VO 8/8H					SC
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H					SC
11	CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110MMHG					SC
	SSVV + OGGG 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 MÉD.						

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	90/60	60	—	36,5°C
12 H				
18 H				
24 H	90/60	61	—	36,5°C

EXAMINEE	DATE	TIME	SCORE	REMARKS
NAME PLERIO TO PLACENTE				
LESSON				
INSTRUCTIONAL				
TEACHER WAS ALTHOUGH PLACING				

[illegible][illegible][illegible][illegible]

EVOLUÇÃO DO EXPERIMENTO

DATA: 1/11/2012

MANHÃ

ADAPTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA: 1/11/2012

MANHÃ

ASS. EQUIPAMENTO-SUPORTE

DATA: 1/11/2012

TARDE

ASS. EQUIPAMENTO-TÉCNICO

DATA: 01/11/2012

TARDE

Paciente admitido às 18:45h. Noite
Unidade segue adquire em NSD. O paciente
foi do tipo de compressão e pressão de 100 mmHg.

$PA = 120 \times 80$

$P = 60$

$T = 36,8$

NOTA:

DATA: 1/11/2012

NOTA:

ASS. EQUIPAMENTO-TÉCNICO

ASS. EQUIPAMENTO-TÉCNICO

Ver no livro "Unidade de Cuidado"
Basta o paciente e ele segue com
unidade.

ASS. EQUIPAMENTO-TÉCNICO

ASS. EQUIPAMENTO-TÉCNICO



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 + 1º DÍGITO DIREITO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	15	LEITO	425	DATA	05/10/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				CV
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				CV
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				CV
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/8H				CV
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				CV
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				CV
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N				CV
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h (S/N)				CV
10	SSV - CCGG 8/8 H				CV
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				CV
14	CURATIVO DIÁRIO SN				M
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 OU GLICOSE > 70 DLNL, 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	130x80	89	18	36,4	+	-
12 H	140x90	65	17	36,7	+	-
18 H	140x90	70	18	36,5	+	-
24 H	140x90	89	19	36,5	+	-



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	NEGA
IDADE	15	LEITO	425	DATA	05/10/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
4	TILATIL 2CMG EV 12/12H				SN
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/8H				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU O1 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/8 H				SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO SN				
16					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SG). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DLML, 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
8 H	120 x 80	51	17	36,4°C
12 H	115 x 76	53		36,7°C
18 H	123 x 85	50		37,5°C
24 H	120 x 80	67	17	36,5°C

José Carlos Vitor
05/10/2019

MARCA: _____
 EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO: _____
 DATA: _____ HORA: _____

MARCA: _____

INDICAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM: _____
 DATA: _____ HORA: _____

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO

DATA: _____ HORA: _____

TARDE

DATA: _____ HORA: _____

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Paciente: Barbosa, Antônio de Jesus Barbosa, E. F.
próprio, SSU de referência Medicamentos CPM Colônias
COPIAR SINTET

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO

DATA: _____ HORA: _____

NOME: _____

DATA: _____ HORA: _____


ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM





Paciente: Barbosa, Antônio de Jesus
próprio, SSU de referência
Medicamentos CPM
Colônias
COPIAR SINTET

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO

ASS. E CARIÓTIPO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM

[illegible]

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Primeira nº 1	Versão do	Data da Elaboração:	
		Atualizada: Janeiro / 2015			
		ENF/LEITO: 425			

Nome: <u>Adriana Maria de Oliveira</u>			
DATA: <u>06/10/15</u> <input type="checkbox"/> GRAU-I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU-II	Localização / Região: <u>ASO</u>  	DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU-I <input type="checkbox"/> GRAU-II	Localização / Região: _____  
Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma mecânica		Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma mecânica	
Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escudo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escudo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> médio, moderado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> médio, moderado <input type="checkbox"/> Úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo		Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
Cor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Cor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção de cobertura <input type="checkbox"/> a pele ao redor <input checked="" type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção de cobertura <input type="checkbox"/> a pele ao redor <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Periférica: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Molecida <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Enfiada / Fungo <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras		Condição da pele Periférica: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Molecida <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Enfiada / Fungo <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para Empesar: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Benzil na 1% <input type="checkbox"/> fitolho		Solução para Empesar: <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Benzil na 1% <input type="checkbox"/> fitolho	
Cobertura primária (Composto de na luva): <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> ART <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Solução de Pire <input type="checkbox"/> Outros		Cobertura primária (Composto de na luva): <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> ART <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Solução de Pire <input type="checkbox"/> Outros	
Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde		Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: <u>07/10/15</u> Em caso de + de 24hs		Data da Próxima troca: _____ Em caso de + de 24hs	
Sinal e pos. Tóe. em Enfermagem: <u>01- Sinal de Sinau</u> <u>02- Sinal de Sinau</u>		Sinal e pos. Tóe. em Enfermagem: <u>01- Sinal de Sinau</u> <u>02- Sinal de Sinau</u>	
Assinatura e Assinatura do Enfermeiro: _____ C.R.S.		Assinatura e Assinatura do Enfermeiro: _____ O.R.S.	

Obs: Informação adaptada da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Comissão de Curativos, Soluções Práticas. As práticas com fita ou curativos, estas devem ser avaliadas separadamente.



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	DMZ	NEGA
IDADE	15	LEITO	425	DATA	07/10/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				am
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				manhã
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				12h
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/8H				12h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				12h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				12h
8	RANITIDINA 60MG EV 8/8H S/N				12h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				12h
10	SSVV + CCGG 6/8 H				12h
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG				12h
14	CURATIVO DIARIO SN				12h
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 OU GLICOSE ≤ 70 DM/L, GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1977

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6 H	110x70	57	-	36.3	+	-
12 H	130x80	56	-	36.5	+	+
18 H	120x70	54	-	36.6	+	+
24 H	100x60	52	-	36.4		

[illegible]



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

NOME

Adilson Wagner de Oliveira

MO EX Antecedente de TUB. P.

DATA: 04/30/19

SEXO: (M) F

IDADE

PESO

KG

LITO

Yes

• ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATERETES E SONDS

LESIONES

CATERETES CENTRAIS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATERETES PERIFÉRICOS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	DATA	
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA	



SÍNDROMA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA

GRÁVIDA: SIM () NÃO () LOCAL

LOCALIZADO: SIM () NÃO () LOCAL

1. TENDIMENTO 2. ADOÇÃO 3. HETEROLOGIA 4. DIFERENCIAÇÃO 5. FRATURA EITÓICA - 6. EDEMA 7. AMPUTACÃO

OCELA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL

OCELA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL

OCELA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL

OCELA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL

OCELA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL

OCELA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL

OCELA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL

OCELA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL

OCELA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL

OCELA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL

OCELA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL

OCELA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL

OCELA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL

OCELA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL

OCELA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL

OCELA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL

OCELA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL

DIAGNÓSTICO

PREVENÇÃO DE ENFERMAGEM

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO



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	NEGA
IDADE	15	LEITO	425	DATA	08/10/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SN
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSV + CCGG 6/6 H				SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO SN				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 OU GLICOSE ≤ 70 DULML, GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 197

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS VITAIS	PA	FC	FS	TD	TEMP
8 H	115/69	55	+	+	36.9°
12 H	110/70	54	+	+	37.1
18 H	100/60	73	-	+	36.9°
24 H	115/73	55	-	+	36.6°

RESOLUÇÃO DO ENFERMEIRO			ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM		
Nº	DATA	HORA	Nº	DATA	HORA
<p>ASS. E CARIÓTIPO ENFERMEIRO:</p> <p>TARDE: DATA / / HORA</p>			<p>ASS. E CARIÓTIPO TEC. ENFERMAGEM:</p> <p>TARDE: DATA / / HORA</p>		
<p>ASS. E CARIÓTIPO ENFERMEIRO:</p> <p>NOITE: DATA / / HORA</p>			<p>ASS. E CARIÓTIPO TEC. ENFERMAGEM:</p> <p>NOITE: DATA / / HORA</p>		



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	DM2	NEGA
IDADE	15	LEITO	425	DATA	08/10/2010
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5AM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				3PM
5	PARACETAMOL 500MG VO 3/8H				3PM
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTENSA				3PM
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				3PM
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				3PM
9	SIMET CONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 3/8 h (S/N)				3PM
10	SSVV + CCGG 6/6 H				3PM
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				3PM
14	CURATIVO DIÁRIO SN				3PM
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: 12 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DLZML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

Dr. João Roberto de Aguiar
CRM 555

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6 H	122/85	53		36.7°	+	+
12 H	120x90	61	-	37°	+	+
18 H	100x70	62	-	36.8	+	+
24 H	133/74	63		36.5°	+	+

DATA: 08/10/98 SEXO: F IDADE: PESO: KG. LITO: 100

[illegible]

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		AVALIAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
DATA	HORA	DATA	HORA
<p>ASS. E CARIMBO ENTENDEDO:</p> <p>TAREFA: DATA: / / HORA:</p>		<p>ASS. E CARIMBO TÉCNICO ENFERMAGEM:</p> <p>TAREFA: DATA: / / HORA:</p>	
<p>ASS. E CARIMBO INTERMÉDIO:</p> <p>NOITE: DATA: / / HORA:</p>		<p>ASS. E CARIMBO TEC. ENFERMAGEM:</p> <p>NOITE: DATA: / / HORA:</p>	

Paciente no leito em posição
deitada, mobilidade e cuidados
saúde com suporte adequado
da enfermagem.

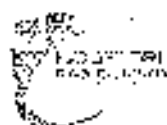
Ass. e Carimbo

Paciente recebe no leito para
durante o período adaptado da
medicação, realizado durante
visitas de enfermagem segue
dos de enfermagem.

Ass. e Carimbo

Paciente, durante, realizado e sem
efeito positivo, SSV de natureza, realizada e em

Ass. e Carimbo



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - CC

Protocolo nº 1 Versão 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2015

Atualizada: Janeiro / 2015

ENE/LETO: 425

Nome: Arlesson Moraes de Oliveira

DATA: 30/10/19

GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Registro



etiologia

tamanho da ferida:

aparência do leito:

quantidade do exsudato

tipo de exsudato

dor:

odor:

condição da pele
 perilesional:

solução para limpeza

cobertura primária
 (colocar o tipo na lesão):

nome do curativo:

data da próxima troca:
 em caso de 1 de 24hs

assinou, e ass.
 loc. em Enfermagem:

Carimbo e Assinatura
 do Enfermeiro

(1988):

DATA:

GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Registro



etiologia

tamanho da ferida:

aparência do leito:

quantidade do exsudato

tipo de exsudato

dor:

odor:

condição da pele
 perilesional:

solução para limpeza

cobertura primária
 (colocar o tipo na lesão):

nome do curativo:

data da próxima troca:
 em caso de 1 de 24hs

assinou, e ass.
 loc. em Enfermagem:

Carimbo e Assinatura
 do Enfermeiro

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

(1988):

ENFERMEIRO	DATA	HORA	ASSISTENTE	DATA	HORA
------------	------	------	------------	------	------

Paciente em leito com sinais vitais estáveis, sem alterações significativas. Sinais vitais: FC 72 bpm, PA 120/80 mmHg, T 36,5°C, SPO2 98% em O2 2L. Ausculta pulmonar sem ruídos. Abdomem macio, sem sinais de irritação peritoneal. Evolução satisfatória.

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO	DATA	HORA	ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO	DATA	HORA
-------------------------------	------	------	-------------------------------	------	------

Com queixa de dor durante o plantão, administrada medicação e avaliada, ficando paciente sob observação.

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO	DATA	HORA	ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO	DATA	HORA
-------------------------------	------	------	-------------------------------	------	------

Antônia Souza
364 Enfermeiro
COPEN RIR 6501558

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO	DATA	HORA	ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO	DATA	HORA
-------------------------------	------	------	-------------------------------	------	------

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO

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

NOME: WILLIAM MAFIA ID: PK. 4007670000

DATA: 09/10/19 SEXO: M IDADE: 21 PESO: 70 KG. ALTURA: 1,75 ALÉRGICO: NÃO

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE VITAIS E SINAIS

ITEM	VALOR	LOCAL	DATA
TEMPERATURA	<u>36,5</u>	<u>AXILAR</u>	<u>09/10/19</u>
PULSO	<u>72</u>	<u>RASTILHO</u>	<u>09/10/19</u>
TA	<u>120/80</u>	<u>BRACILHO</u>	<u>09/10/19</u>
FR	<u>18</u>	<u>02</u>	<u>09/10/19</u>



LESÕES

1. VERIFICAR A PRESENÇA DE LESÕES EM TODAS AS PARTES DO CORPO.

2. REGISTRAR A LOCALIZAÇÃO, EXTENSÃO, FORMA, COR E CARACTERÍSTICAS DAS LESÕES.

3. AVISAR O MÉDICO SOBRE A PRESENÇA DE LESÕES.

4. PREVENIR A OCORRÊNCIA DE NOVAS LESÕES.

5. RELAATAR A EVOLUÇÃO DAS LESÕES.

DIAGNÓSTICO

1. DIAGNÓSTICO DE RISCO

2. DIAGNÓSTICO DE RISCO

3. DIAGNÓSTICO DE RISCO

4. DIAGNÓSTICO DE RISCO

5. DIAGNÓSTICO DE RISCO

PREVENÇÃO DE ENFERMAGEM

1. PREVENIR A OCORRÊNCIA DE NOVAS LESÕES.

2. PREVENIR A OCORRÊNCIA DE NOVAS LESÕES.

3. PREVENIR A OCORRÊNCIA DE NOVAS LESÕES.

4. PREVENIR A OCORRÊNCIA DE NOVAS LESÕES.

5. PREVENIR A OCORRÊNCIA DE NOVAS LESÕES.

1. VERIFICAR A PRESENÇA DE LESÕES EM TODAS AS PARTES DO CORPO.

2. REGISTRAR A LOCALIZAÇÃO, EXTENSÃO, FORMA, COR E CARACTERÍSTICAS DAS LESÕES.

3. AVISAR O MÉDICO SOBRE A PRESENÇA DE LESÕES.

4. PREVENIR A OCORRÊNCIA DE NOVAS LESÕES.

5. RELAATAR A EVOLUÇÃO DAS LESÕES.

1. VERIFICAR A PRESENÇA DE LESÕES EM TODAS AS PARTES DO CORPO.

2. REGISTRAR A LOCALIZAÇÃO, EXTENSÃO, FORMA, COR E CARACTERÍSTICAS DAS LESÕES.

3. AVISAR O MÉDICO SOBRE A PRESENÇA DE LESÕES.

4. PREVENIR A OCORRÊNCIA DE NOVAS LESÕES.

5. RELAATAR A EVOLUÇÃO DAS LESÕES.

1. VERIFICAR A PRESENÇA DE LESÕES EM TODAS AS PARTES DO CORPO.

2. REGISTRAR A LOCALIZAÇÃO, EXTENSÃO, FORMA, COR E CARACTERÍSTICAS DAS LESÕES.

3. AVISAR O MÉDICO SOBRE A PRESENÇA DE LESÕES.

4. PREVENIR A OCORRÊNCIA DE NOVAS LESÕES.

5. RELAATAR A EVOLUÇÃO DAS LESÕES.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ

 Polegar Direito



Arlisson Mafra de Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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
BOA VISTA-RR

DATA DE NASCIMENTO
13/02/1992

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Ponto Facioscopista de Polícia Civil
(Assessor do RDC)

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P1

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

Digito 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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA



Luana Amorim

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 30.232 DATA DE EXPEDIÇÃO 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 CC-3766 F.260 L.E-12 BOA VISTA-RR.

CNPJ 234319382 - 13

Ramiro Francisco da Silva Junior
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N-7.116 DE 29/08/83

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

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 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 GESSADA 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
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50

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 GESSADA 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, PERMANECER 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
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50

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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO E ULNA 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
Total			13,25 %	R\$ 1.788,75

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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO E ULNA 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
Total			13,25 %	R\$ 1.788,75

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.

CARTÓRIO
LOUREIRO

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO LOUREIRO		DR. JOZIEL LOUREIRO	
AV. VISTA RUA Nº 506 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL.: (68) 3024-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR		TABELÃO E REGISTRADOR	
REC. VERDADEIRA a(s) assinatura(s)			
[Assinatura] - ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA			
F. em testemunho da verdade. Boa Vista, 18/12/2019			
Empl: 2,45, FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10Vr Selo 01			
Selo: REC FIR 1583459NMZF9KWIVBM0817 Nº Ticket: 00266			
Consulte seu selo: https://cidadao.portalsei.rr.com.br			
CPF Solicitante: 70221498281			

Marjory C. C. Brighi
Escritoriente Autorizada
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006890/20

Vítima: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

CPF: 702.214.982-81

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

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 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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

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

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



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, 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



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

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

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, 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,



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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 00012197 0

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 (val 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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

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)
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 39
Estado Civil: Sem Informação

Endereço

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

Nome Civil: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA (ENVOLVIDO , VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 13/02/1992
Profissão: Agricultor Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
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 Nº: 122
Logradouro: Rua: Antonia Moreira de Moraes
Complemento: Apartamento 01
Bairro: Dr. Silvio Leite
Telefone: (95) 99146-4346 (Recado)

Razão Social: POLÍCIA 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



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 Figueira 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 pericia 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 CORPORAIS, ESTÁ NO NOME DE PAULO ALVES BEZERRA DE SOUSA; E QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. É o aditamento/acréscimo.

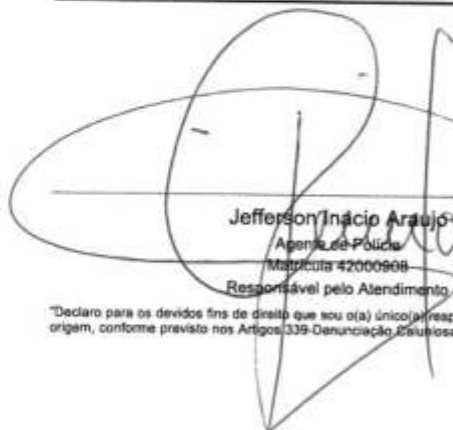


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033490/2019-A03

ASSINATURAS


Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento




Arlison Mafra de Oliveira
(Comunicante / Envolvido / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Falsa 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