

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

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

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2722394520200522164718

Processo 0811200-27.2020.8.23.0010 ☆ - (16 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Resizes

Realçar Movimentos de: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência

Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Defensor Público ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor

Sequencial(Intervalo): ao Data do Movimento(Período): à

Descrição:

7 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 7

500 por pág.1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
☐ 7	22/05/2020 16:47:18	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
7.1 Arquivo: Contestação Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2720501CONTESTACAO01.pdf Público 7.2 Arquivo: Anexo 2 Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2720501CONTESTACAOAnexo02.pdf Público 7.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf Público			
⊕ 6	11/05/2020 12:42:51	CONCEDIDO O PEDIDO	JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado
5	06/05/2020 10:02:49	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	06/05/2020 10:02:49	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	06/05/2020 10:02:49	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ
		Registro de Distribuição	
2	06/05/2020 10:02:49	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ
		4ª Vara Cível	
⊕ 1	06/05/2020 10:02:48	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	EDSON SILVA SANTIAGO Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08112002720208230010

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

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

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **21/09/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **21/09/2019**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

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

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

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

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **21/09/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸art. 1º. (...)

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 20 de maio de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **IRLANE DA SILVA CARDOSO**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08112002720208230010.

Rio de Janeiro, 20 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / **Outras regiões:** 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria:** 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu TELUIA SANTIAGO GUEDES

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066, 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

IRLANE DA SILVA CARDOSO inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.079.363, 78

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima IRLANE DA SILVA CARDOSO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.079.363, 78, 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>AV. BENTO BRASIL</u>	Número: <u>248</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>confiancaast@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.304-050</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98118-1200</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 18 de dezembro de 2019.

Luísa D. Guedes
Assinatura do Declarante

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Visto
CVC
ATG

1901164431 21/09/2019 07:31:49 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 2

Paciente: IRLANE DA SILVA CARDOSO Data Nascimento: 18/05/1992 Idade: 27 A 4 M 3 D CNS: CPF: Prontuário:
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão: Sexo: F Estado Civil: CASADO(A) Parda Raça/Cor: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA
IDENTIDADE: MÃO: ELIENE DA SILVA CARDOSO SEM INFORMACAO Contato: (95) 99152-8074
Endereço: RUA - IMPERATRIZ - 730 - NOVA CIDADE - BOA VISTA - RR Ocupação: CAIXA

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prefatual:
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Prossão:
Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Procedimento Sol.: Registrado por: DAL

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: GSC TOTAL: AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

Exame Físico: *Paula com Húlor e Acido de*
nao, com lacrima, lacerada na face lateral do
braço @. Comovidos em ambos membros.

Hipótese Diagnóstica: *AVC - 7 nov. U6 - (15)*

SADT - Exames Complementares: ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>① Difenidramina 1g @ Dil. feito 08:20h</i>		
<i>② Clonazepam 0,5mg 2x feito 09:15h</i>		
<i>③ Clonazepam 0,5mg 2x feito 08:20h</i>		
<i>500mg. 1000mg 6h</i>		
<i>Marcus Brunner</i>		
<i>CRP-RR 7917</i>		

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☐ Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito: Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: dal
Data Hora: 21/09/2019 07:33:09



1901164431

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

SUS Sistema Único de Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

175240

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

8 - DATA DE NASCIMENTO

18/05/1992

9 - SEXO

Masc ☒

Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, etc.)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES

DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

HOSPITAL GERAL DE MORAINHA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 5/N
Novo Planalto - Tel: (95) 2121-3620
AUTENTICAÇÃO

REV 2019

Certifica-se que a presente
cópia é fiel Reprodução Original

20 - DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PRELIMINAR

M CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO

35 - () ACIDENTE TRABALHO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () NÃO EMPREGADO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

TURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

0408050497
5878
V299



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

21.9.19

Isaías de Almeida
Loureiro

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

TIPO DE INTERVENÇÃO

MEDICAÇÕES E ACIDENTES

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

QUIRURGIÃO

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR

ANESTESISTAS

INÍCIO

1º AUXILIAR

INSTRUMENTADORA

ANESTESIA

ANESTÉSICO

FIM

ASSIM ADMINISTRATIVA
MUNICÍPIO NAS PARTICIPAÇÕES

Dr. ATO
Dr. SIOLEO Arruda
CRM 12433-0
CRM 12433-0

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Paciente em DDH 66 graus
2. anexo + anti-séptico + colar
3. Lave e desinfete a pele
4. Coloque o furo de Esterno
5. em + N2 e para controle de
6. furo
7. PPH

Dr. Carlos Eduardo de Jesus
CRM 12433-0



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Irlane da Silva, Cardoso

220

21/03/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº 0000 ALGUA
Nº 0000 HAP.

PERMANENTE 50 mg

AGENTES	N 20	15	10	5	15	30	45	15	30	45	15	30	45
	02												
LÍQUIDOS VENOSOS	A	M	S	F									
	U	S	D										
P													
DA	°C	240	230	220	210	200	190	180	170	160	150	140	130
X													
ULSO													
•													
ANES													
X													
OP													
D													
TEMP													
□													
ASPIR.													
A													
RESP													
O													
Export													
Assist													
Contro													
SÍMBOLOS													

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A FNT	50 mg	ANESTESIA PERMANENTE	X - CHHR 1200 ANEST. 0.2.
B. bupr	HIPNÓTICO 0.5	C. TÊNUE DA ANESTESIA LOCAL	MONITOR: SpO2, Fi, PA, N2, FIC.
C		C1 Agulha 26G de Quimik	① AUP ② Respir. bupivac. Hipnó. 1.5
D		Ventilando espontânea	
E		O2 Suplentar.	
F			
G			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Câmbula - Naso / Oro Faríngea	
NOCO		Naso / Orofaríngea - Cega	
SANGUE		Bat - Temp - Calibre do Tórax	
	50 mg - 1200 mg	Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL	1500 mg	TEMPO DE ANESTESIA	
		145h.	
OPERAÇÃO	CRANIUM DE ABORTO FARTIA		
TORNOLETO ①			
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜÍNEA
Dr Michel		Dr Chebren	Minimam 1/3 pericito.

Michel M. Moura
Médico Anestesiologista
CRM - RJ 1139



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	2 ^a c	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Wlone da Silva Cardoso	CT			21 / 09 / 19

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
1 - Cirurgia Teste de TNE (C) e fixador	11:11	12:30	

EQUIPE MÉDICA

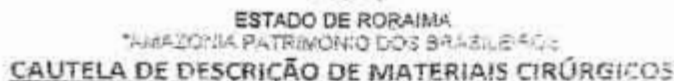
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	2 ^a Michel
2 ^a Auxiliar	RES. ANESTESIA:	Dr. Emanuel / Dr. Bruno (Re)
	INSTRUMENTADOR	

3 ^a Auxiliar	CIRCULANTE
-------------------------	------------

TIPO DE ANESTESIA: raqui	TEMPO DE DURAÇÃO:
--------------------------	-------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		100	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (par)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML		50	CEFA P/OSSO Alisol 400	
1	SERINGA 05 ML		50	KH CATARATA Nº 1/1/10	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM agulha 26 g/100g	
1	SERINGA 20ML		1	FITA-CARDIACA Catena p/02	
			1	OUTROS: elixir	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	Sullent	SUB- TOTAL	
	Bruca	TAXA DE SALA	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			



Dados dos materiais/Serviço

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Roberto Roberto Lourenço 1º-AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR: Yasmin

12 VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2^o DPME/CME

Hospital Geral de Foz de Iguaçu
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Assessoria
CEP 85.210-005 - Foz de Iguaçu - Paraná - Brasil
Fone: (043) 212-3337
E-mail: atendimento@hospital.com



Maca 7

SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CENTRO CIRÚRGICO/SAEP

Nome: Silvana da Silva Cardoso

Data de Nasc: 18/05/1992 Idade: 22

Sector/Leito: CT

Data: 21/08/19

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim (X) Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (X) Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

INTRA-OPERATÓRIO

SRPA

Cirurgia Proposta: TT - Colecistomia da Gal. n.º 12

Entrada na Sala Início da Anestesia Início da Cirurgia Término da Cirurgia Término da Anestesia

Anestesia Cirurgia Localização

1. Informações: Jejum () Sim (X) Não

10:50 11:05 11:11 12:30 12:43

1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso venoso 5. Outros:

Prétese () Sim (X) Não

TT - Colecistomia da Gal. n.º 12

0' 15' 30' 45' 1h 01:30 h 2h

Exames () Sim (X) Não

Reserva UTI () Sim (X) Não

15' 19 14x5 100 03 0

Reserva LTI () Sim (X) Não

Lateralidade (X) Sim () Não

21x63x100 03 0

PNE () Sim (X) Não

Alergia () Sim (X) Não

01:30 h

Quai: Quai 1

Hidratação Infundida Nome: Antibiotico terapia

CH: deve ser

Reserva de Hemoderivado: () Sim (X) Não

SG 5%: 500ml

Plasma: deve ser

Outros: Deambulando

Outros: Dose: 1h

Plaquetas: deve ser

() Desambulando

N.º de Compressas oferecidas: 1

Observações: 2h

(X) Consente

N.º de Compressas recolhidas: 1

Entrada Saída

() Com Suporte de O2

Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () RX

Balanco Hídrico (PRÉ/INTRA/POS OPERATÓRIO)

() Agitado (X) Maca

() Gaseometria () Outros: 1

3. Sinais Vitais: T: 36 °C

Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Mangulho PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Vendicise 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 11. TOT (X) Não () Sim N.º 12. SVD (X) Não () Sim N.º 13. Outros: 3-5

R: 34 rpm

FC: 54 bpm

Medi: 500ml

PA: 14x56 mmHg

SAT: 100 %

CH: 500ml

(X) Regular () Irregular

Sinais Vitais: Saída da SO T: 36 °C R: 34 rpm

FC: 54 bpm

4. Anotações (Admissão do Paciente):

Paciente: Admitido na sala de cirurgia

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Ata do Paciente)

Admitido na sala de cirurgia

Admitido na sala de cirurgia

Admitido na sala de cirurgia

Admitido na sala de cirurgia

Admitido na sala de cirurgia

Admitido na sala de cirurgia

Admitido na sala de cirurgia

Admitido na sala de cirurgia

Admitido na sala de cirurgia

Admitido na sala de cirurgia

Admitido na sala de cirurgia

Admitido na sala de cirurgia

Admitido na sala de cirurgia

Admitido na sala de cirurgia

Admitido na sala de cirurgia

Admitido na sala de cirurgia

Admitido na sala de cirurgia

Admitido na sala de cirurgia

Admitido na sala de cirurgia

Admitido na sala de cirurgia

Admitido na sala de cirurgia

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Paciente: Idson da Silva Cardoso
Idade: 20 anos

PACIENTE CONSCIENTE: Sim () Não

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: Dr. Michel / Dr. Francisco J. R.
Anestesia: Dr. Bruno

ANESTESIA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim () Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente

☒ Sítio cirúrgico

☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumental, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILOXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

☒ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SALA (Sala Pós-Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

☒ Sim () Não () Não se aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

☒ Sim () Não () Não se aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☒ Sim () Não

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

☒ Sim () Não () Não se aplica

Dr. S. Ramos
Assinatura e Carimbo

MACA 7
MACA 09-D

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		<i>Jaques de Oliveira, Carlos</i>					
AGNOSTICADO		<i>neq.</i>					
ALERGIA		HAS		NEGA		DM2	
IDV		LEITO		Maca 7		DATA	
						21/09/19	
						HORÁRIO	
DIETA ORAL						SND	
ACESSO VENOSO						12 18 24 06 10	
SF 0.9% 500ML						6/6 hor.	
DIPIRONA 500MG EV 6/6H							
OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA							
TRAMAL 100MG + SF 0.8% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA							
NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.1% CASO NÃO TENHA O ITEM 4							
SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h							
METOCLOPRAMIDA 10MG EV 3X DIA							
CLINDAMICINA 300MG EV OU VO 6/6H							
CIPROFLOXACINA 500MG EV OU 500MG VO 12/12H							
CAPTOPRIL 25 mg EV SE PA > 150 E OU PAD > 110 MMHG							
SVV + CCGG							
CURATIVO DIA							
<i>Fluoreto 60 mg 2x ao dia</i>							
<i>Gatorina 240 mg 2x ao dia</i>							

SE OBTIVER CORREÇÃO COM O LIA REGRAS DE CORREÇÃO CONFORME ESQUEMA:
200-250: 251-300: 4UI; 301-350: 5UI; 351-400: 6UI; 401-450: 7UI; 451-500: 8UI; 501-550: 9UI; 551-600: 10UI; 601-650: 11UI; 651-700: 12UI; 701-750: 13UI; 751-800: 14UI; 801-850: 15UI; 851-900: 16UI; 901-950: 17UI; 951-1000: 18UI.

EVOLUÇÃO MÉDICA:
HISTÓRIA DO PACIENTE DEITADO NO HOSPITAL, ATIVO, PRATEADO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANOTÍLICO, HEMATOLOGIA, ALTA, TUBERICOLOSE, HÍDRATADO.
SINAIS E SINTOMAS: RX: # CONDUZIR
PRONÓSTICO: # AO DE CIRURGIA
OBSERVAÇÃO: # ALTA

SINAL	PAIS	PA
1		
13		
21		

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
[Assinatura]
Médico CRM 19028
Eduardo Junior

13:50.
24-PA J240X85
FC 90

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F**

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:	DN: / /		Sexo: () F () M
Hipótese Diagnóstica:			
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos			
Alergia: () Sim () Não Qual (is):			
Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma:			
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs:			
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante			
SISTEMA NEURÓLOGO		SISTEMA CARDIOVASCULAR	
() Consciente () Orientado () Desorientado	() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____		
() Sedado () Torpido () Comatoso	() Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____		
() Agitado () Reage a estímulos () Não reage	() Pulso Chelo () Filiforme () Arritmico Pulso: _____		
PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Fotorreagente () Mioticas () Midrícticas	() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT		
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial		
REGULAÇÃO TÉRMICA		Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia	
() Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico	() Normal () Diarreia () Constipação () Melena		
() Febril () Febre () Pirexia	Flatos: () Presente () Ausente		
() Hiperpirexia	REGULAÇÃO ABDOMINAL		
CARACTERÍSTICAS DA PELE		() Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido	
() Hidratada () Desidratada () Ressecada	() Ascítico () Maciço () Timpânico		
() Normocorada () Hipocorada () Hipercoorada	Ruídos hidroaéreos: () Presente () Ausente		
() Anictérica () Ictérica () Cianótica	Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não		
() Aclanótica () Edema Local: _____	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
Úlcera por pressão: () Sim () Não	() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria		
Região: _____	() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria		
Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO	() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen		
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia			
Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____			
Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____			
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não			
Sondas: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem			
Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____			
Cateter Vesical: () Sim () Não Data da Instalação: _____ Trocar em: _____			
Prótese: () Sim () Não Tipo: _____ Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de Lesão por Pressão	
() Risco de Infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas	
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração	
() Risco de glicemia instável	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada	
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Risco de constipação	
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	() Comunicação deficiente	
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene		
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda	4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		
Não 0	Não 0		
Sim 25	Sim 20		
2. Diagnóstico Secundário	5. Marcha/Deambulação		
Não 0	Normal/Sem deambulação/Acamado 0		
Sim 15	Fraca 10		
3. Auxílio na Deambulação	Comprometida/Cambaleante 20		
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0	6. Estado Mental		
Muleta/Bengala/Andador 15	Orientado/limitado/conhece as limitações 0		
Mobilidade Pareda 30	Superestima capacidade/Esquece limitação 15		
TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45			
Prescrição para prevenção de queda no verso			

Maca 7

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA						
		DATA DE ADMISSÃO		DIH	21/09/2019		DN	18/05/1992
		PACIENTE IRLANE DA SILVA CARDOSO						
		DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQ						
ALERGIAS		HAS		DM2				
IDADE 27		LEITO	MACA 7	DATA	22/09/2019			
ITEM						HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE					SN		
2	AVP					SN		
3	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H					12 18 24 06		
4	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D122/09)					10		
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N					SN 01 30		
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					(06)INT.		
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N					SN		
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II					SN		
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					SN		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SN		
11	CURATIVO DIÁRIO					notar		
12	SSVV + CCGG 6/6H					notar		
13								
14								
15								
16								
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA								

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA

:IL,

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	Defeito de frequência cardíaca			
17:18 H	127/87	88	19	37°C
24 H	136 x 71	82	18	36.5°C

06 H. 135 x 72 79 - 36°C

Dr Odinaça Okemini
Médico
CRM/RR 1851

Maca 7

maca 7

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F																																																					
Bloco:		Data: 22/09/19		Enfermaria:		Leito:																																															
Nome Completo:		Mariane da Silva Ladeira				Sexo:		☒ F ☐ M																																													
Hipótese Diagnóstica:																																																					
Isolamento ou Precaução: ☐ Sim ☐ Não ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotícula - aerossol ☐ Gotícula - perdigotos																																																					
Alergia: ☐ Sim ☐ Não Qual (s):																																																					
Necessidade de Intérprete? ☐ Sim ☐ Não Qual Idioma:																																																					
Possui acompanhante: ☐ Sim ☐ Não Obs:																																																					
Deambulação: ☐ Normal ☐ Sem deambulação ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Fraca ☐ Comprometida/cambaleante																																																					
SISTEMA NEURÓLOGO ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Sedado ☐ Torpido ☐ Comatoso ☐ Agitado ☐ Reage a estímulos ☐ Não reage					SISTEMA CARDIOVASCULAR ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico BC: _____ ☐ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso PA: _____ ☐ Pulso Chelo ☐ Filiforme ☐ Arritmico Pulso: _____																																																
PUPILAS ☐ Fotorreagente ☐ Mióticas ☐ Midríaticas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reagentes					ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL ☐ VO ☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE ☐ GTT ☐ NPT Aceitação da dieta: ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcial Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Colostomia ☐ Normal ☐ Diarreia ☐ Constipação ☐ Melena Flatos: ☐ Presente ☐ Ausente																																																
REGULAÇÃO TÉRMICA ☐ Afebril ☐ Hipotérmico ☐ Hipertérmico ☐ Febril ☐ Febre ☐ Pirexia ☐ Hiperpirexia					REGULAÇÃO ABDOMINAL ☐ Normotenso ☐ Distendido ☐ Globoso ☐ Flácido ☐ Ascítico ☐ Maciço ☐ Timpânico Ruídos Hidroaéreos: ☐ Presente ☐ Ausente Visceromegalias: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ Sim ☐ Não																																																
CARACTERÍSTICAS DA PELE ☐ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada ☐ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Hipercoorada ☐ Anictérica ☐ Ictérica ☐ Cianótica ☐ Actinótica ☐ Edema Local: _____ Úlcera por pressão: ☐ Sim ☐ Não Região: _____ Curativo realizado: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ SIM ☐ NÃO					SISTEMA URINÁRIO / DIURESE ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ Anúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ Disúria ☐ Colúria ☐ Hematúria ☐ Cistostomia ☐ Irrigação contínua ☐ Uropen																																																
SISTEMA RESPIRATÓRIO ☐ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ Ar ambiente ☐ Traqueostomia Oxigenoterapia: ☐ Sim ☐ Não Qual: _____																																																					
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: ☐ Sim ☐ Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☐ Não Sondas: ☐ Sim ☐ Não ☐ SNG ☐ SOG ☐ SNE ☐ SOE ☐ GTT ☐ Lavagem ☐ Sifonagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: ☐ Sim ☐ Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: ☐ Sim ☐ Não Tipo: _____ Local: _____																																																					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ☐ Deglutição Prejudicada ☐ Risco de Infecção ☐ Risco de nutrição desequilibrada ☐ Risco de glicemia instável ☐ Risco de desequilíbrio do volume ☐ Volume de líquidos excessivo ☐ Volume de líquidos deficiente ☐ Padrão respiratório ineficaz ☐ Ventilação espontânea prejudicada ☐ Mobilidade física prejudicada ☐ Risco de integridade da pele prejudicada ☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ☐ Padrão de sono prejudicado ☐ Déficit no autocuidado para Higiene ☐ Risco de Lesão por Pressão ☐ Risco de Quedas ☐ Risco de Broncoaspiração ☐ Eliminação urinária prejudicada ☐ Risco de constipação ☐ Comunicação deficiente																																																					
Escala de Morse <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">1. Histórico de Queda</td> <td colspan="2">4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado</td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td>0</td> <td>Não</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Sim</td> <td>25</td> <td>Sim</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2. Diagnóstico Secundário</td> <td colspan="2">5. Marcha/Deambulação</td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td>0</td> <td>Normal/Sem deambulação/Acamado</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Sim</td> <td>15</td> <td>Fraca</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3. Auxílio na Deambulação</td> <td colspan="2">Comprometida/Cambaleante</td> </tr> <tr> <td>Nenhum/Acamado/Auxiliado</td> <td>0</td> <td>6. Estado Mental</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Muleta/Bengala/Andador</td> <td>15</td> <td>Orientado/limitado/conhece as limitações</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Mobiliário Parede</td> <td>30</td> <td>Superestima capacidade/Esquece limitação</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>TOTAL:</td> <td>Risco Baixo: 0 - 24</td> <td>Risco Médio: 25 - 44</td> <td>Risco Alto: maior que 45</td> </tr> </table>										1. Histórico de Queda		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		Não	0	Não	0	Sim	25	Sim	20	2. Diagnóstico Secundário		5. Marcha/Deambulação		Não	0	Normal/Sem deambulação/Acamado	0	Sim	15	Fraca	10	3. Auxílio na Deambulação		Comprometida/Cambaleante		Nenhum/Acamado/Auxiliado	0	6. Estado Mental		Muleta/Bengala/Andador	15	Orientado/limitado/conhece as limitações	0	Mobiliário Parede	30	Superestima capacidade/Esquece limitação	15	TOTAL:	Risco Baixo: 0 - 24	Risco Médio: 25 - 44	Risco Alto: maior que 45
1. Histórico de Queda		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado																																																			
Não	0	Não	0																																																		
Sim	25	Sim	20																																																		
2. Diagnóstico Secundário		5. Marcha/Deambulação																																																			
Não	0	Normal/Sem deambulação/Acamado	0																																																		
Sim	15	Fraca	10																																																		
3. Auxílio na Deambulação		Comprometida/Cambaleante																																																			
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0	6. Estado Mental																																																			
Muleta/Bengala/Andador	15	Orientado/limitado/conhece as limitações	0																																																		
Mobiliário Parede	30	Superestima capacidade/Esquece limitação	15																																																		
TOTAL:	Risco Baixo: 0 - 24	Risco Médio: 25 - 44	Risco Alto: maior que 45																																																		
Prescrição para prevenção de queda no verso																																																					

408-2

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
	PRESCRIÇÃO MÉDICA			

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	IRLANE DA SILVA CARDOSO				
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA TNZ E				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	27	LEITO	MACA 7	DATA	23/09/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA LIVRE				500
2	AVP				Mantida
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
5	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H				
6	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H				
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				50
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				50
10	CURATIVO DIÁRIO				7m
11	SSVV + CCGG 6/6 H				58/11
12	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				12/18/24/0
13	GENTAMICINA 240MG EV 1X AO DIA (D1 22/09)				10/1
14					
15	RX CONTROLE				
16					
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA; MANTIDA

55VV 06H
 PA 100/60
 SC 87
 T 36,1

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	Temp.
12 H	124/88	82 bpm	19 mmHg	35,8
17 H	129/88	90	sem alteração	36,9
24 H	100/70	74		36,4

Dr. Jesus A. Aguiar
 CRM-R 566

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F**

Bloco: <u>D</u>	Data: <u>23-09-19</u>	Enfermaria:	Leito: <u>MACA-07</u>		
Nome Completo: <u>IRLANE DA SILVA CARDOSO</u>	Idade: <u>11</u>	Sexo: ☐ F ☐ M			
Hipótese Diagnóstica:					
Isolamento ou Precaução: ☐ Sim ☐ Não ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotícula - aerossol ☐ Gotícula - perdigotos					
Alergia: ☐ Sim ☐ Não Qual (s):					
Necessidade de intérprete? ☐ Sim ☐ Não Qual idioma:					
Possui acompanhante: ☐ Sim ☐ Não Obs:					
Deambulação: ☐ Normal ☐ Sem deambulação ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Fraca ☐ Comprometida/cambaleante					
SISTEMA NEUROLÓGICO		SISTEMA CARDIOVASCULAR			
☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado		☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico BC: _____			
☐ Sedado ☐ Torpido ☐ Comatoso		☐ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso PA: _____			
☐ Agitado ☐ Reage a estímulos ☐ Não reage		☐ Pulso Cheio ☐ Filiforme ☐ Arritmico Pulso: _____			
PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			
☐ Fotorreagente ☐ Mióticas ☐ Midríaticas		☐ VO ☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE ☐ GTT ☐ NPT			
☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reagentes		Aceleração da dieta: ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcial			
REGULAÇÃO TÉRMICA		Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Colostomia			
☐ Afebril ☐ Hipotérmico ☐ Hipertérmico		☐ Normal ☐ Diarreia ☐ Constipação ☐ Melena			
☐ Febril ☐ Febre ☐ Pirexia		Flatos: ☐ Presente ☐ Ausente			
☐ Hiperpirexia		REGULAÇÃO ABDOMINAL			
CARACTERÍSTICAS DA PELE		☐ Normotenso ☐ Distendido ☐ Globoso ☐ Flácido			
☐ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada		☐ Ascítico ☐ Maciço ☐ Timpânico			
☐ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Hipercorada		Ruídos Hidroaéreos: ☐ Presente ☐ Ausente			
☐ Anictérica ☐ Ictérica ☐ Cianótica		Visceromegalias: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ Sim ☐ Não			
☐ Aclanótica ☐ Edema Local: _____		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			
Úlcera por pressão: ☐ Sim ☐ Não		☐ Espontânea ☐ SVD ☐ Anúria ☐ Oligúria			
Região: _____		☐ Poliúria ☐ Disúria ☐ Colúria ☐ Hematúria			
Curativo realizado: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ SIM ☐ NÃO		☐ Cistostomia ☐ Irrigação contínua ☐ Uropen			
SISTEMA RESPIRATÓRIO					
☐ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ Ar ambiente ☐ Traqueostomia					
Oxigenoterapia ☐ Sim ☐ Não Qual: _____					
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES					
Cateter Periférico: ☐ Sim ☐ Não		Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____			
Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não		Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____			
Sinais de infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☐ Não					
Sondas: ☐ Sim ☐ Não ☐ SNG		☐ SOG ☐ SNE ☐ SOE ☐ GTT ☐ Lavagem ☐ Sifonagem			
Dreno de: _____		Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____			
Cateter Vesical: ☐ Sim ☐ Não		Data da instalação: _____ Trocar em: _____			
Prótese: ☐ Sim ☐ Não		Tipo: _____ Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					
☐ Deglutição Prejudicada		☐ Padrão respiratório ineficaz		☐ Risco de Lesão por Pressão	
☐ Risco de infecção		☐ Ventilação espontânea prejudicada			☐ Risco de Quedas
☐ Risco de nutrição desequilibrada		☐ Mobilidade física prejudicada			☐ Risco de Broncoaspiração
☐ Risco de glicemia instável		☐ Risco de integridade da pele prejudicada			☐ Eliminação urinária prejudicada
☐ Risco de desequilíbrio do volume		☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal			☐ Risco de constipação
☐ Volume de líquidos excessivo		☐ Padrão de sono prejudicado		☐ Comunicação deficiente	
☐ Volume de líquidos deficiente		☐ Déficit no autocuidado para Higiene			
Escala de Morse					
1. Histórico de Queda		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado			
Não	0	Não	0		
Sim	25	Sim	20		
2. Diagnóstico Secundário		5. Marcha/Deambulação			
Não	0	Normal/Sem deambulação/Acamado	0		
Sim	15	Fraca	10		
3. Auxílio na Deambulação		Comprometida/Cambaleante		20	
Nenhum/Acamado/Auxiliado		0			
Muleta/Bengala/Andador		15			
Mobiliário Parede		30			
TOTAL:		Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45			
Prescrição para prevenção de queda no verso					

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Paciente: Yslane da Silva Lando

Leito: 408-2

Data: 03/09/19

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Localização



Região: M.I.E

Grau: I () II (X)

Etiologia

() LPP I II III IV 7* () Queimadura (X) Cirurgia () DM () Vascular
(X) Trauma: Tração Fixador Externo (X) ortopedia
() Outro:

Aparência do Leito

() Necrose: Amarela/Negra () Estácelo () Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

Pele Perilesional

(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
() Outro:

Tipo de Exsudato

() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serosanguíneo () Seco
() Outro:

Quantidade de Exsudato

() Molhado (X) Úmido () Seco

Solução de Limpeza

(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%

Cobertura primária

() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
(X) Outro: A.G.E

Troca

() 12/12 (X) Diário

Profissional que realizou procedimento:

Maduro

Marcelo Rômulo N. Vianna
Enfermeiro de Enfermagem



Região: M.S.E

Grau: I () II (X)

() LPP I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
(X) Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia
(X) Outro: Abcômica

() Necrose: Amarela/Negra () Estácelo (X) Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
() Outro:

() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco
() Outro:

() Molhado (X) Úmido () Seco

(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%

() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
(X) Outro: A.G.E

() 12/12 (X) Diário

Rozângela Miguel Duarte
Enfermeira de Enfermagem

Marcelo Rômulo N. Vianna
Enfermeiro de Enfermagem

Observações:

Validado o curativo por A.S. D. 16/04/19
Validado por A.G.E. 16/04/19
Validado por A.G.E. 16/04/19



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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

HG
Hospital Geral
de Roraima

DATA DE ADMISSÃO		DIH	21/09/2019	DN	18/05/1992
PACIENTE	IRLANE DA SILVA CARDOSO				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQ				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	27	LEITO	408-2	DATA	24/09/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	AVP				12:00
3	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				12:00
4	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D122/09)				12:00
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N				12:00
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				12:00
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				12:00
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				12:00
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				12:00
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12:00
11	CURATIVO DIÁRIO				12:00
12	SSVV + CCGG 6/6H				12:00
13					12:00
14					12:00
15					12:00
16					12:00
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					12:00

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO,
REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM
ALTERAÇÕES

IL,

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO,
AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	121/89	92	16	35.3°
18 H	121/83	93	17	35.2°
24 H				

Dr. Odinechi Okeni
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 185119P

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F**

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:		
Nome Completo:	DN: / / Sexo: ☐ F ☐ M				
Hipótese Diagnóstica:					
Isolamento ou Precaução: ☐ Sim ☐ Não ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotícula - aerossol ☐ Gotícula - perdigotos					
Alergia: ☐ Sim ☐ Não Qual (is):					
Necessidade de Intérprete? ☐ Sim ☐ Não Qual idioma:					
Possui acompanhante: ☐ Sim ☐ Não Obs:					
Deambulação: ☐ Normal ☐ Sem deambulação ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Fraca ☐ Comprometida/cambaleante					
SISTEMA NEURÓLOGO		SISTEMA CARDIOVASCULAR			
☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado		☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico BC: _____			
☐ Sedado ☐ Torpido ☐ Comatoso		☐ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso PA: _____			
☐ Agitado ☐ Reage a estímulos ☐ Não reage		☐ Pulso Chelo ☐ Filiforme ☐ Arritmico Pulso: _____			
PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			
☐ Fotorreagente ☐ Mioticas ☐ Midriática		☐ VD ☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE ☐ GTT ☐ NPT			
☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reagentes		Alimentação da dieta: ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcial			
REGULAÇÃO TÉRMICA		Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Colostomia			
☐ Afebril ☐ Hipotérmico ☐ Hipertérmico		☐ Normal ☐ Diarreia ☐ Constipação ☐ Melena			
☐ Febril ☐ Febre ☐ Pirexia		Flatos: ☐ Presente ☐ Ausente			
☐ Hiperpirexia		REGULAÇÃO ABDOMINAL			
CARACTERÍSTICAS DA PELE		☐ Normotenso ☐ Distendido ☐ Globoso ☐ Flácido			
☐ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada		☐ Ascítico ☐ Maciço ☐ Timpânico			
☐ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Hipercoorada		Ruidos hidroaéreos: ☐ Presente ☐ Ausente			
☐ Anictérica ☐ Ictérica ☐ Cianótica		Visceromegalias: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ Sim ☐ Não			
☐ Acianótica ☐ Edema Local: _____		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			
Úlcera por pressão: ☐ Sim ☐ Não		☐ Espontânea ☐ SVD ☐ Anúria ☐ Oligúria			
Região: _____		☐ Poliúria ☐ Disúria ☐ Colúria ☐ Hematúria			
Curativo realizado: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ SIM ☐ NÃO		☐ Clistostomia ☐ Irrigação contínua ☐ Uroper			
SISTEMA RESPIRATÓRIO					
☐ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ Ar ambiente ☐ Traqueostomia					
Oxigenoterapia: ☐ Sim ☐ Não Qual: _____					
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES					
Cateter Periférico: ☐ Sim ☐ Não		Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____			
Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não		Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____			
Sinais de infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☐ Não		☐ SOG ☐ SNE ☐ SOE ☐ GTT ☐ Lavagem ☐ Sifonagem			
Sondas: ☐ Sim ☐ Não ☐ SNG		Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____			
Dreno de: _____		Data da instalação: _____ Trocar em: _____			
Cateter Vesical: ☐ Sim ☐ Não		Tipo: _____ Local: _____			
Prótese: ☐ Sim ☐ Não					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					
☐ Deglutição Prejudicada		☐ Padrão respiratório Ineficaz		☐ Risco de Lesão por Pressão	
☐ Risco de infecção		☐ Ventilação espontânea prejudicada		☐ Risco de Quedas	
☐ Risco de nutrição desequilibrada		☐ Mobilidade física prejudicada		☐ Risco de Broncoaspiração	
☐ Risco de glicemia instável		☐ Risco de integridade da pele prejudicada		☐ Eliminação urinária prejudicada	
☐ Risco de desequilíbrio do volume		☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal		☐ Risco de constipação	
☐ Volume de líquidos excessivo		☐ Padrão de sono prejudicado		☐ Comunicação deficiente	
☐ Volume de líquidos deficiente		☐ Déficit no autocuidado para Higiene			
Escala de Morse					
1. Histórico de Queda		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado			
Não	0	Não	0		
Sim	25	Sim	20		
2. Diagnóstico Secundário		5. Marcha/Deambulação			
Não	0	Normal/Sem deambulação/Acamado	0		
Sim	15	Fraca	10		
3. Auxílio na Deambulação		Comprometida/Cambaleante		20	
Nenhum/Acamado/Auxiliado		0		6. Estado Mental	
Muleta/Bengala/Andador		15		Orientado/limitado/conhece as limitações 0	
Mobiliário Parede		30		Superestima capacidade/Esquece limitação 15	
TOTAL:		Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45			
Prescrição para prevenção de queda no verso					

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Milony da Silva Ladeira

Leito: 408.2

Data: 24 / 09 / 2019

Localização		Região: <u>MMSS</u> Grau: I () II (x)		Região: <u>MMSE</u> Grau: I () II (x)
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (x) Trauma: <u>Tração</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (x) Trauma: <u>Tração</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (x) Trauma: <u>Tração</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (x) Trauma: <u>Tração</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo (x) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros (x) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo (x) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros (x) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros (x) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros (x) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso (x) Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso (x) Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento (x) Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento (x) Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:
Tipo de Exsudato	() Molhado (x) Úmido () Seco	() Molhado (x) Úmido () Seco	() Molhado (x) Úmido () Seco	() Molhado (x) Úmido () Seco
Quantidade de Exsudato	() Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase (x) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze (x) Colagenase/Fibrinase (x) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze (x) Colagenase/Fibrinase (x) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze (x) Colagenase/Fibrinase (x) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Cobertura primária	() 12/12 (x) Diário () 48/48h	() 12/12 (x) Diário () 48/48h	() 12/12 (x) Diário () 48/48h	() 12/12 (x) Diário () 48/48h
Troca	() 12/12 (x) Diário () 48/48h	() 12/12 (x) Diário () 48/48h	() 12/12 (x) Diário () 48/48h	() 12/12 (x) Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<u>Renata Silva Rodrigues</u> COREN-RR 41522-7/1E <u>Larissa Alves Moura</u> Téc. em Enfermagem COREN-RR 1.247.428-7E <u>Ara Carolina Silva Garcia</u> Téc. em Enfermagem COREN-RR 352.672	<u>Renata Silva Rodrigues</u> COREN-RR 41522-7/1E <u>Larissa Alves Moura</u> Téc. em Enfermagem COREN-RR 1.247.428-7E <u>Ara Carolina Silva Garcia</u> Téc. em Enfermagem COREN-RR 352.672	<u>Renata Silva Rodrigues</u> COREN-RR 41522-7/1E <u>Larissa Alves Moura</u> Téc. em Enfermagem COREN-RR 1.247.428-7E <u>Ara Carolina Silva Garcia</u> Téc. em Enfermagem COREN-RR 352.672	<u>Renata Silva Rodrigues</u> COREN-RR 41522-7/1E <u>Larissa Alves Moura</u> Téc. em Enfermagem COREN-RR 1.247.428-7E <u>Ara Carolina Silva Garcia</u> Téc. em Enfermagem COREN-RR 352.672
Observações:	<u>Realização curativo no membro inferior direito</u>			

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de RoraimaHOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICAHGR
de Roraima

DATA DE ADMISSÃO

DIH

21/09/2019

DN

18/05/1992

PACIENTE IRLANE DA SILVA CARDOSO

DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQ

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

27

LEITO

408-2

DATA

25/09/2019

ÍTEM

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H

4

GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D122/09)

5

DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N

6

OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA

7

PLASIL10MG EV 8/8H S/N

8

TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II

9

SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

10

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

11

CURATIVO DIÁRIO

12

SSVV + CCGG 6/6H

13

14

15

16

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO,
REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM
ALTERAÇÕES

:IL,

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO,
AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/80	88	17	36.2
14 H	132/80	84	17	36°C
24 H	130/74	94	-	36°C

Dr. Odemachi Okenii
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/RR

06 Hs. 130x80 94 - 35.6°C

Data: ____/____/20

Enfermaria: _____

Leito: _____

Nome Completo: _____

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual (is): _____ Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midríáticas

() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Afebril () Febril () Hipertérmico

() Alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico

() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso

Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente

Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURSE

() Espontânea () SVD () Fraída () Uropen

() Anúria () Oligúria () Cistostomia

() Irrigação contínua () Outros: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT

Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial

Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

Alterações: _____

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada

() Normocorada () Ictérica () Anictérica

Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____

() Edema Local: _____

Risco de Lesão Sinalizado: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____

Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____

Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| () Deglutição Prejudicada | () Padrão respiratório ineficaz | () Risco de Lesão por Pressão |
| () Risco de infecção | () Ventilação espontânea prejudicada | () Risco de Quedas |
| () Risco de nutrição desequilibrada | () Mobilidade física prejudicada | () Risco de Broncoaspiração |
| () Risco de glicemia instável | () Risco de integridade da pele prejudicada | () Eliminação urinária prejudicada |
| () Risco de desequilíbrio do volume | () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | () Risco de constipação |
| () Volume de líquidos excessivo | () Padrão de sono prejudicado | () Comunicação deficiente |
| () Volume de líquidos deficiente | () Déficit no autocuidado para Higiene | |

Escala de Morse

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

- | | | |
|--|--|--|
| 1. Histórico de Queda | 6. Estado Mental | () Manter grades laterais elevadas |
| Não 0 | Orientado/limitado/conhece as limitações | () Identificar o risco de queda na placa de identificação |
| Sim 25 | Superestima capacidade/Esquece limitação | () Auxiliar o paciente na higiene |
| 2. Diagnóstico Secundário | TOTAL: | () Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama |
| Não 0 | Risco Baixo: 0 - 24 | () Manter cama com rodas travadas |
| Sim 15 | Risco Médio: 25 - 44 | () Necessidade de contenção ao leito |
| 3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado | Risco Alto: Maior que 45 | () Manter vigilância de ____/____ horas |
| Não 0 | Sinalização do Risco: | () Calçado seguro nos pés |
| Sim 20 | () Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem | () Material de uso pessoal ao alcance da mão |
| 4. Auxílio na Deambulação | () Risco registrado na placa de identificação leito | |
| Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 | | |
| Muleta/Bengala/Andador 15 | | |
| Mobiliário Parede 30 | | |
| 5. Marcha/Deambulação | | |
| Normal/Sem deambulação/Acamado 0 | | |
| Fraca 10 | | |
| Comprometida/Cambaleante 20 | | |

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

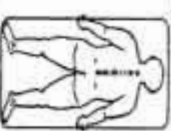
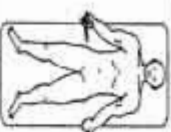
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: *Juliane da Silva Lacerda*

Leito: *408-2*

Data: *25/09/19*

Localização	 	Região: <i>M S D</i>	 	Região: _____
Etiologia	Grau: I () II (☒) () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (☒) Trauma: ____ Tração ____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____			
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ (☒) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____			
Pele Perilesional	() Purulento (☒) Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____			
Quantidade de Exsudato	() Molhado (☒) Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70%			
Solução de Limpeza	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <i>AGE</i>			
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____			
Troca	() 12/12 (☒) Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	<i>Rozângela Miguel Dias</i> COREN-RR 625.703 <i>Joana Darc Pôrto Amorim</i> COREN-RR 457.031 - TE <i>Regina Silva Rodrigues</i> COREN-RR 457.031 - TE			
Observações:	_____ _____ _____			

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

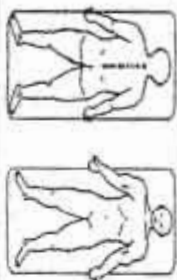
Atualizada: 12/2018

Paciente: *Juliana da Silva Landers*

Leito: *408-2*

Data: *25/09/2019*

Localização



Região: *M I E*

Grau: I () II (✓)

Etiologia

() LPP I II III IV ?* () Queimadura (✓) Cirurgia () DM () Vascular
(✓) Trauma: *Tracção* Fixador Externo (✓) Ortopedia
() Outro: *Priso*

Aparência do Leito

() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

Pele Perilesional

(✓) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
() Outro:

Tipo de Exsudato

() Purulento () Seroso (✓) Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco
() Outro:

Quantidade de Exsudato

() Molhado (✓) Úmido () Seco

Solução de Limpeza

(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% () Álcool 70%

Cobertura primária

() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro: *AGE*

Troca

() 12/12 (✓) Diário () 48/48h

Profissional que realizou procedimento:

Observações:

Roberta Menezes
Enfermeira
COREN-RR 487.031

Joana Dora Paiva
Enfermeira
COREN-RR 487.031

Roberta Silva Rodrigues
Enfermeira
COREN-RR 41912

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			HGR Hospital Geral de Roraima
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
	PRESCRIÇÃO MÉDICA			

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	IRLANE DA SILVA CARDOSO	
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO E <i>Distal</i>	
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	408-2
	DATA	26/09/2019
ÍTEM	HORÁRIO	
1	DIETA LIVRE	
2	AVP	
3	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6	
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N	
5	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H	
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN	
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
11	SSVV + CCGG 6/6H	
12		
13		
14		
15		
16		
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:				
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, /O, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES # EXAME FÍSICO : BÉG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO CONDUTA; MANTIDA				
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE ANTONIO CARLOS LOPES 72 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 24 / 11 / 14, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura exposta do tornozelo (L)

NO DIA 24 / 11 / 14, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fratura exposta do tornozelo (L) SENDO

OPERADO PELO DR. Dr. João E DR. Dr. João

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 26 / 11 / 14, ÀS 12:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 26 / 11 / 14, ÀS 10:00, COM O
DR. Dr. João

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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



PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Fernando Rezende
Médico

BOA VISTA, 26 / 11 / 14

MÉDICO

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
INSTITUTO DE REGISTRO CIVIL




Irlane da Silva Cardoso

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MINISTRO GERAL 025352682003-B DATA DE EMISSÃO 29/04/2011

NOME IRLANE DA SILVA CARDOSO

ALMAO IVALDO ALVES CARDOSO E ELIANE DA SILVA CARDOSO

NATURALIDADE ALTO ALEGRE DO PINDAR - MA DATA DE NASCIMENTO 18/05/1992

SEXO FEMININO NASC. N. 102.301 FLS. 155-V LIV. 98-A

PT *****

ASSINATURA DO TITULAR 

ASSINATURA DO REGISTRO CIVIL

VIA-02

LE Nº 7116 DE 25/04/01



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Recolta Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

057.079.363-78

Nome

IRLANE DA SILVA CARDOSO

Nascimento

18/06/1992



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 

Anna C. Guedes
Assessoria de Polícia

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

524555-8 30/01/2017

TELVIA SANTIAGO GUEDES

EDMILSON JOSÉ SANTIAGO
TEREZINHA SILVA SANTIAGO

SANTARÉM - PA 18/11/1970

CERTIDÃO CAS 353 FLS 153 LIV B 02
SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

739.248.066-91 AMADEU ROCHA TRIANI
1 VIA P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Consulta de Veículos na Base Local

Consulta Local por Placa: NAM1803

Situação: 1-EM CIRCULACAO

DADOS DO VEICULO

Placa: NAM1803 Chassi: 9C2KC1670BR525475 Renavam: 00308601564 Remarcado(S/N): N

Município: 00301-BOA VISTA Marca/Mod: 002855-HONDA/CG 150 FAN ESI

Procedência: 1 - NACIONAL Tipo: 04-MOTOCICLETA Espécie: 01-PASSEIRO

Categoria: 01-PARTICULAR - Combustível: 16-ALCO/GASOL Ano Mod/Fab: 2011 / 2011

Cor: 11-PRETA Cap Passag: 002 Potência: 000 Cilindradas: 0149

Carroceria: 999-NAO APLIC. N° Motor: KC16E7B525475 N° Câmbio:

Faixa Seguro: 09 Deficiente Físico: Selo Idoso:

Roubo Furto: N Data da Última Atualização: 17/06/2014 Taxi: NAO

Ano Último CRLV Emitido: 2019 Ano Último Licenciamento: 2019 - Autorizado em 31/05/2019

Observações: PROIB SAIR DA AMAZ OCID

Ind. Restrição: 9997 - SEM RESERVA DE DOMINIO

Numero do Lacre: 0017008832RR

Número de autorização:

DADOS DO PROPRIETÁRIO

Nome: LUCILENE SILVA SA CPF/CNPJ: 709.178.762-53

Endereço: RUA SALVADOR N°: 624 Bairro: NOVA CIDADE

Complemento: CASA Cidade: BOA VISTA Cep: 69316334

Data Aquisição 0km: 23/03/2011 Valor 0km: 7055,00

Data Transferência: 23/03/2011 Valor: 7055,00 N° Doc. Aquisição: 11219

PROPRIETÁRIO ANTERIOR

Nome: RORAIMA MOTORES LTDA CPF/CNPJ: 04.050.068/0003-06

Endereço Anterior: BOA VISTA UF: RR

DADOS DA DOCUMENTAÇÃO

Data CRV: 13/02/2015 N° CRV: ***** Data CRLV: 31/05/2019 N° CRLV: 013975612400

RESTRIÇÕES

07-BENEFÍCIO TRIBUTÁRIO

Observações: PROIB SAIR DA AMAZ OCID N° Restrição: 45441789000154

Data Limite Rest Tributária: // Doc. Restrição Tributária:

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Contratos do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468479/19

Vítima: IRLANE DA SILVA CARDOSO

CPF: 057.079.363-78

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: IRLANE DA SILVA
CARDOSO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

IRLANE DA SILVA CARDOSO : 057.079.363-78

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: 26/12/2019
Nome: TELIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TELIA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190719715 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IRLANE DA SILVA CARDOSO **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 3/4_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190719715 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IRLANE DA SILVA CARDOSO **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 3/4_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO



Outorgante: : IRLANE DA SILVA CARDOSO, Brasileira, solteira, auxiliar administrativa, portador (a) do RG nº 0253526820038 SSP/MA e inscrito no CPF: nº 057.079.363-78, residente na Rua: Imperatriz, Nº 730 - Bairro: Nova Cidade, CEP: 69.316-180, nesta Capital. Tel.: (95) 99172-5568.

VITIMA: IRLANE DA SILVA CARDOSO, CPF N 057.079.363-78 DATA DO SINISTRO

21/11/19.

NATUREZA: INVALIDEZ

OUTORGADA: TELVIA SANTIAGO GUEDES, RG nº 524555-9 SSP/RR e CPF nº 739.248.066-91, Brasileira, Casada, Proprietária da Empresa Telvia S. Guedes- Me, cujo nome fantasia é Confiança Serviços Tecnicos CNPJ nº 04.205.355/0001-78, Situada na Rua Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR, Telefone: (95) 98118-1200.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito a outorgante junto a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ nº 09.248.608/001-04, telefone (21) 3861-4600, situada na RUA: SENADOR DANTAS Nº 74, 15º ANDAR – CENTRO RIO DE JANEIRO – RJ, CEP 20031-205 em razão de acidente de trânsito, podendo a requerida procuradora em nome da mesma. Bem como quitar requerer e retirar documentos em órgãos públicos, estaduais, federais e municipais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista-RR, 25 DE NOVEMBRO DE 2019.

CARTÓRIO LOUREIRO

IRLANE DA SILVA CARDOSO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468479/19

Vítima: IRLANE DA SILVA CARDOSO

CPF: 057.079.363-78

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: IRLANE DA SILVA CARDOSO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

IRLANE DA SILVA CARDOSO : 057.079.363-78

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: 26/12/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

TELVIA SANTIAGO GUEDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190719715

Vítima: IRLANE DA SILVA CARDOSO

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IRLANE DA SILVA CARDOSO

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, 19 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190719715

Vítima: IRLANE DA SILVA CARDOSO

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IRLANE DA SILVA CARDOSO

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\$ 1.687,50

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: IRLANE DA SILVA CARDOSO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 000000039446-4

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 057.079.363-78 4 - Nome completo da vítima: IRLANE DA SILVA CARDOSO

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

5 - Nome completo: IRLANE DA SILVA CARDOSO 6 - CPF: 057.079.363-78
 7 - Profissão: Aux. Administrativo 8 - Endereço: RUA IMPERATRIZ 9 - Número: 730 10 - Complemento:
 11 - Bairro: NOVA CIDADE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-188
 15 - E-mail: confiancaest@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 98118-1200

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\$1.000,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00039446 4 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 - Gode 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(s) (nascidos)? ☐ 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 alienado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 19 de dezembro de 2019.

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
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031818/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/09/2019 10:50 Data/Hora Fim: 21/09/2019 11:07
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM 2290 Data: 21/09/2019
Delegado de Polícia: Miriam Di Manso

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 21/09/2019 07:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Treze de Setembro

Logradouro: Rua Bem Querer c/ Rua Caracará

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALVERLAN SÁ PEREIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Idade: 26

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 539.787.732-87

RG - Carteira de Identidade: 3754091

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Salvador

Nº: 624

Bairro: Nova cidade

Nome Civil: ERIKO MARCEL DA SILVA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Idade: 33

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 528.046.402-30

RG - Carteira de Identidade: 217468

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Santa Maria

Nº: 800

Bairro: Centenário

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

DAT
Confere com original
Data: 28/12/19
Assinatura
Soni Figueira de Carvalho
Agente Administrativa
Mat. 0707577



Delegado de Polícia Civil: Miriam Di Manso
Impresso por: Givanildo da Silva Vieira
Data de Impressão: 18/12/2019 08:34
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031818/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Vem comunicar que fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de trânsito no endereço acima citado onde o Srº Eriko informou que conduzia o veículo automóvel fiesta de cor prata e placas NBA-2196 e seguia pela Rua Bem Querer sentido centro/bairro onde tentou cruzar a Av. Caracará, momento que colidiu na motocicleta Honda Cg 150 de cor preta e placa NAM-1803 que era conduzida pelo Srº Alverlan e tinha como carona a Srª Irlane da Silva Cardoso de identidade nº 0253526820038-MA e CPF 057.079.363-78, onde o motociclista seguia na Av. Caracará sentido rio branco. No local fomos informados que os ocupantes da motocicleta haviam sido levados por uma viatura do corpo de bombeiros. Qua a pericia foi feita pelo Perito Eduardo, onde logo em seguida o automóvel foi liberado ao seu condutor e a motocicleta ficou sob a responsabilidade do Srº Jacó dos Reis de CNH 06677253973. Informo ainda que foi feito o teste de alcoolemia no condutor do automóvel, sendo comprovado que o mesmo não havia feito uso de álcool, conforme amostra nº 01053 que segue anexo. Era o que tinha a relatar.

ASSINATURAS

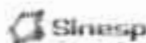
Rodileno Ribeiro Solidade

Agente de Polícia

Matrícula 42000697

Responsável pelo Atendimento

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



Delegado de Polícia Civil Miriam Di Manno
Impresso por: Givanildo da Silva Vieira
Data de impressão: 18/12/2019 08:34
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DO POLÍCIAMENTO DA CAPITAL
COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLÍCIAMENTO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL (ROP)

ROP	DATA	TIPO	UNDO P	DP
2290	21/09/2019	OUTROS	CIPTUR	
HORA TRANS.	HORA INICIAL	HORA CHEGADA	HORA FIM	VTR
07:40:00	07:40:00	07:50:00	09:15:00	CIPTUR 03
KM INICIAL	KM FINAL			
143702	143710			
Código Ocorrência	Código Providência	Código Serviço Prestado		
- 1001	- 13006 - 13999			

Local da Ocorrência

RUA: RUA BEM QUER C/ AV. CARACARAI, N°. BAIRRO: 13 DE SETEMBRO

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC-P2-P3
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 30/05/19

David Amâncio dos Santos
Func. Civil PM/RR
Mat. 044005222

PESSOAS RELACIONADAS

1 ENVOLVIDO	ALVERLAN SA PEREIRA
RG: 3754081	CPF: 539.787.732-87
CNH: 05520093108	Idade: 26
Pais: BRASIL	
ENDEREÇO: RUA SALVADOR N° 624, NOVA CIDADE	
2 ÚLTIMAS CONDUÇÕES: (ID 2290 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: CONDUTOR) - TOTAL DE CONDUÇÕES: 1	
2 ENVOLVIDO	ERIKO MARCEL DA SILVA
RG: 217468	CPF: 528.046.402-30
CNH: 03323549780	Idade: 33
Pais: BRASIL	
ENDEREÇO: RUA SANTA MARIA N° 800, CENTENÁRIO	
2 ÚLTIMAS CONDUÇÕES: (ID 2290 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: CONDUTOR) - TOTAL DE CONDUÇÕES: 1	

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER UMA OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO NO ENDEREÇO CITADO ONDE O SR. ERIKO INFORMOU QUE CONDUZIA O VEÍCULO AUTOMÓVEL FIESTA DE COR PRATA E PLACAS NBA 2196 E SEGUIA PELA RUA BEM QUERER SENTIDO CENTRO/BAIRRO, ONDE TENTOU CRUZAR A AV. CARACARAI, MOMENTO QUE COLIDIU NA MOTOCICLETA HONDA CG 150 DE COR PRETA E PLACA NAM 1803 QUE ERA CONDUZIDA PELO SR. ALVERLAN E TINHA COMO CARONA SRA. IRLANE DA SILVA CARDOSO DE IDENTIDADE N° 0253526820038 - MA E CPF 057.079.363-78, ONDE O MOTOCICLISTA SEGUIA NA AV. CARACARAI SENTIDO RIO BRANCO. NO LOCAL FOMOS INFORMADOS QUE OS OCUPANTES DA MOTOCICLETA HAVIAM SIDO LEVADOS POR UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS.

A PERÍCIA FOI FEITA PELO PERITO EDUARDO, ONDE LOGO EM SEGUIDA, O AUTOMÓVEL FOI LIBERADO AO SEU CONDUTOR E A MOTOCICLETA FICOU SOB A RESPONSABILIDADE DO SR. JACO DOS REIS DE CNH 06677253973.

INFORMO AINDA QUE FOI FEITO O TESTE DE ALCOOLEMIA NO CONDUTOR DO AUTOMÓVEL, SENDO COMPROVADO QUE O MESMO NÃO HAVIA FEITO USO DE ALCOOL, CONFORME AMOSTRA N° 01053 QUE SEGUUE EM ANEXO.

ERA O QUE TINHA A RELATAR.

2° SGT OSANIEL MENDES DE SOUZA FILHO

CADASTRO 47000180

LOCAL: BOA VISTA / RR - 21/09/2019

DADOS DO RECEBIMENTO

Recebi os conduzido(s) e os material(ais) acima anotado(s)

1-

2-

3-

Condição atual (tempo) de cobertura:

☐ DIÁRIOS (PRESENCIA DE ASSIDUIDADE MÉDICA E SUPLENTE PRESENCIAL) ☒ PERMANENTE ☐ MORTE

3 - Nº do sinistro ou ABL:

4 - CPF do veículo:

5 - Nome completo do titular:

057-079.363-78

IRLANE DA SILVA CARDOSO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DATA DE NÚMERO IDENTIFICADORA PARA AÇÃO DE RECLAMAÇÃO (RECLAMAÇÃO) - LIDER - CIRCULAR SUPLENTE Nº 4/2012

6 - Nome completo:

IRLANE DA SILVA CARDOSO

7 - CPF:

057.079.363-78

8 - Endereços:

AUX. Administrativo

9 - Endereço:

ROA IMPERATRIZ

10 - Número:

730

11 - Complemento:

12 - Estado:

NOVA CIDADE

13 - Cidade:

BOA VISTA

14 - UF:

RR

15 - CEP:

69.316-188

16 - E-mail:

conf:ancaest@hotmail.com

17 - Telefone:

(95) 98118-1800

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMAS/DESCENDENTES MENORES ENTRE 14 E 17 ANOS DO SEGURO COM CURADOR

18 - Nome completo do Representante Legal:

19 - CPF do Representante Legal:

20 - Profissão do Representante Legal:

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

21 - Renda mensal do titular da conta:

☒ RECLAMO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ 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

22 - Tipo de seguro: ☒ CONTRA INCENDIO ☐ CONTRA FURTO ☐ CONTRA VANDALISMO

23 - CONTRA CORRENTE (se for o caso):

Nome do BANCO:

24 - Bradesco (B37)

25 - Itaú (B41)

26 - Banco do Brasil (B24)

27 - Caixa Econômica Federal (B38)

AGÊNCIA: 3027

28 - Conta:

000 39446

29 - Agência:

30 - Conta:

31 - Agência:

32 - Conta:

33 - Agência:

34 - Conta:

35 - Agência:

36 - Conta:

Atestamos a Seguradora Líder a emitir na conta bancária informada, de acordo com a realidade, o valor da indenização/ressarcimento do Seguro DPVAT a que o titular tem direito, reconhecendo o dano, desde já e sem qualquer ônus e efetivação do crédito, quitando todos os valores recebidos.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE USO DO BVL - PRESENCIALMENTE SOBSCRITO PARA CONSTATURA DE VERDADEIRAMENTE

Declara, sob as penas da Lei, que está impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da vítima residente; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da vítima residente não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da vítima residente realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, mas com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Solicito a seguradora Líder a emitir na conta bancária informada, de acordo com a realidade, o valor da indenização/ressarcimento do Seguro DPVAT a que o titular tem direito, reconhecendo o dano, desde já e sem qualquer ônus e efetivação do crédito, quitando todos os valores recebidos.

Declaro que esta declaração não significa prejuízo econômico com a (uma) avaliação médica ou perícia ou direito de contestar a avaliação médica, caso contrário do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE CÍRCULO RESPECTIVO - PRESENCIALMENTE SOBSCRITO PARA CONSTATURA DE VERDADEIRAMENTE

37 - Grau da Parentesco com a vítima: ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Filho ☐ Filha ☐ Irmão ☐ Irmã ☐ Avô ☐ Avó ☐ Tio ☐ Tia ☐ Sobrinho ☐ Sobrinha ☐ Outros

38 - Vítima faleceu com posterioridade:

39 - Vítima faleceu com posterioridade:

40 - Vítima faleceu com posterioridade:

41 - Vítima faleceu com posterioridade:

42 - Vítima faleceu com posterioridade:

43 - Vítima faleceu com posterioridade:

44 - Vítima faleceu com posterioridade:

45 - Vítima faleceu com posterioridade:

46 - Vítima faleceu com posterioridade:

47 - Vítima faleceu com posterioridade:

48 - Vítima faleceu com posterioridade:

49 - Vítima faleceu com posterioridade:

50 - Vítima faleceu com posterioridade:

51 - Vítima faleceu com posterioridade:

52 - Vítima faleceu com posterioridade:

53 - Vítima faleceu com posterioridade:

54 - Vítima faleceu com posterioridade:

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

35

36 - Nome legal de quem assina a pedido (a cargo)

37 - CPF legal de quem assina a pedido (a cargo)

38 - Assinatura de quem assina a pedido (a cargo)

39 - 1ª Nome

40 - 2ª Nome

Assinatura de testemunhas

41 - 3ª Nome

42 - 4ª Nome

Assinatura da testemunha

43 - Local e Data

Boa Vista - RR, 19 de Setembro de 2019.

IRLANE DA SILVA CARDOSO

Assinatura do titular/beneficiário (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 13/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IRLANE DA SILVA CARDOSO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000039446-4

Nr. da Autenticação 21DF3523C2E7A489



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0130124-1

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-8
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ/RR/13

Nº da Nota Fiscal: 003970826

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2007

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	06-12-2019	612	505,19

IRLANE DA SILVA CARDOSO

CPF: 00005707936378

R. IMPERATRIZ 730 NOVA CIDADE

CEP: 69.316-188 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 21532	Atual: 06/11/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 20920	Anterior: 09-10-2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 28	Próxima leitura: 06-12-2019	Ligação: B1
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 05-11-2019	Número Medidor: 1420803594
Consumo medido: 612	Apresentação: 06-11-2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 612	At: 19.081.23.01.095400	Modalidade: CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA

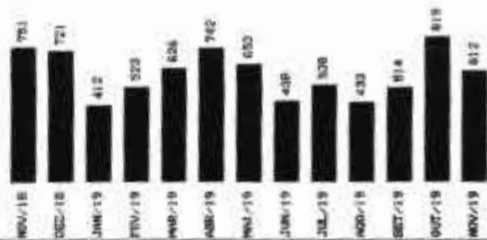
CONSUMO 612 A R\$ 0,780833 = 477,86
ILUMINACAO PUBLICA 27,33

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ A 612 - 0,631009

Média 12 meses:

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

PRODUTOR RURAL: ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER
A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO
-2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019.
LIGUE 08007019120 E FAÇA COMO VENCIMENTO 1 5 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 05-11-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$			
Energia:		Encargos:		Base de Cálculo:		VALOR	
Transmissão	250,99	Tributos:	14,81	ICMS:	17,00%	81,23	
Distribuição	113,79		91,67	PIS:	0,37053%	1,00	
	0,00			COFINS:	1,92213%	5,54	
TOTAL				TOTAL			
477,86				97,77			
TOTAL A PAGAR				575,63			

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIO			FIC			DMC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Anual
Limite	8,85	17,70	35,40	8,45	16,92	33,84	4,82	
Resultado	0,00			0,00			0,00	
Composto	0,00			0,00			0,00	

At: 19.081.23.01.095400



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-8

SEU CÓDIGO

0130124-1

MÊS FATURADO

11/2019

TOTAL A PAGAR - R\$

505,19

VENCIMENTO

06-12-2019

Nº da Nota Fiscal

003970826

8365000005 1 05190075000 4 00000000130 5 12411119008 6



CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	26/11/2019	363	302,83

RAQUEL DELL EUGENIO

CPF: 00005763937899

AV BENTO BRASIL 248 CENTRO

CEP: 69.301-050 - BOA VISTA

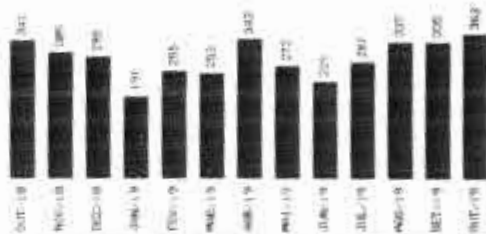
DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 28134	Atual: 29/10/2019	Grupo/Subgrupo: 8
Anterior: 19771	Anterior: 26/09/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Classe de consumo: 33	Próxima leitura: 29/11/2019	Ligação: B1
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 29/10/2019	Número Medidor: 147080002
Consumo medido: 363	Aprovação: 29/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 363	# 12.001 - # 11.483050	Modalidade: CONVENCIONAL

CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA 363 A R\$ 0,764602 = 277,55
25,28

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS
363 - 0,634602

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Medida 12 - energia: 286



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano: 08/2019 Valor R\$: 285,64

Unidade consumidora sujeita a suspensões do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/11/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda a existência de contas vencidas e já reavaliadas no valor de R\$ 218,07 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconectar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO | 6 11 16 31 26

RESERVADO AO FISCO A334.3902.3434.7419.4059.4307.0044.4302 PCNF

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Energia	151,23	Encargos	7,95	Base de Cálculo:	ICMS:	47,19
Transmissão	71,31	Tributos:	47,18	277,55	PIS:	0,00
	8,00				COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	OIC			FIC			DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Limite	6,00	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54
Realizado	8,43			1,00			0,00
Conjunta	CENTRO			Período de apuração: 08/2019			110,56

R: 12.001.02.11.483050
PCNF

