


**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**
**5ª Vara Cível - Execução Cível**
**Processo 0816377-69.2020.8.23.0010**

**Comarca:** BOA VISTA  
**Data de** 25/06/2020 **Situação:** Público  
**Classe** 156 - Cumprimento de sentença  
**Assunto Principal:** 9597 - Seguro  
**Data Distribuição:** 25/06/2020 **Tipo Distribuição:** Redistribuição Automática

**Parte(s) do**

**Tipo:** Promovente  
**Nome:** COSMO MORAIS SOUSA  
**Data de** 06/03/1970 **RG:** 1385154 SSP/MA **CPF/CNPJ:** 577.536.522-49  
**Filiação:** EXPEDITA MORAIS SOUSA / COSMO MORAIS SOUSA

**Advogado(s) da Parte**

317BRR PAULO SERGIO DE SOUZA

**Tipo:** Promovido  
**Nome:** Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A  
**Data de** Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 09.248.608/0001-04

**Advogado(s) da Parte**

134307NRJ JOÃO ALVES BARBOSA FILHO



Data: 25/06/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL

Por: PAULO SERGIO DE SOUZA

Relação de arquivos da movimentação:

- [illegible]





Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 317 B

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_ VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

**COSMO MORAIS SOUSA**, brasileiro, solteiro, desempregado, portador da cédula de identidade RG Nº 1385154 SSP/RR, inscrito no CPF sob nº 577.536.522-49, residente e domiciliado na Rua: 05, nº 121, Bairro: Cidade Satélite, Cidade: Boa Vista/RR, Telefone: 95 98410-6242, e-mail: paulosouzavcm@hotmail.com, neste ato representada por seu advogado e procurador que esta subscreve, conforme procuração anexada à presente, com escritório profissional situado na Rua General Penha Brasil, nº 102, Centro – Boa Vista e Rua Ulisses Guimarães nº 436 Rorainópolis, onde recebe notificações que o caso requer, vêm, **respeitosamente**, à presença de Vossa Excelência, propor a presente,

### **ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**

Em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ 09.248.608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20031-205, e-mail: Desconhecido, face aos seguintes fatos e fundamentos jurídicos adiante expostos.

#### **DA JUSTIÇA GRATUITA**

O Autor preenche os requisitos legais para a obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, nos termos das Leis nº 5.584/70 e 1.060/50, com a redação que lhe deu a Lei nº 7. 510/86, requerendo, portanto, sejam-lhe concedidos os aludidos benefícios, tendo em vista tratar-se de pessoa pobre,

#### **1. DOS FATOS**

O demandante, no dia **03 de novembro de 2019, por volta das 12:35h**, foi vítima de acidente de trânsito ocorrido na localidade **da Vicinal que da acesso da comunidade Raimundão 1 Fazenda Santa Zona Rural no município de Alto Alegre-RR**, evento este que lhe causou deformidade de caráter permanente suportada até os dias atuais.

Do acidente resultou: "**DESCRIÇÃO: Fratura exposta na perna + necrose** " conforme laudo médico (doc. anexo).

Deste modo, o vindicante, ciente dos seus direito ao seguro obrigatório (DPVAT), promoveu, por meio de solicitação administrativa, o pagamento da apólice a título de validade, como bem reconheceu a seguradora ao lidar provimento a indenização DPVAT, depositando-lhe a quantia de R\$ 2.531,25 (Dois mil quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), em 20/05/2020.

São os fatos de forma sucinta.

#### **2. DO DIREITO**

A lei que rege o seguro DPVAT é a Lei nº 6194/74 com as posteriores modificações implementadas pelas Leis nº 8441/92, nº 11.482/07 e nº 11.945/09.





Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 317 B

A Lei nº 6.194/74, reguladora do Seguro DPVAT, após a reforma imposta pela Lei 11.482/07, limitou o quantum indenizatório referente aos danos cobertos pelo seguro em caso de morte no valor de 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), no caso de invalidez permanente em até o valor de 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais) no caso de despesas de assistência médica e suplementar.

A citada legislação pertinente à matéria trouxe uma tabela proporcional de percentual de perda/debilidade de membros, órgãos e funções do corpo humano, classificando-os em 10%, 25%, 50%, 75% e 100%.

Acontece que o laudo de avaliação médica acostado traz a natureza das lesões sem, contudo, tratar da extensão das lesões conforme preceitua a tabela citada.

Também, a seguradora pagadora do sinistro não apresentou, no momento do pagamento do seguro, quais seriam as extensões das lesões sofridas dentro da referida tabela, limitando-se a fazer um depósito em conta corrente da requerente sem esclarecer a extensão dos danos sofridos dentro da tabela.

É de se destacar, por imperioso, que **o recibo de quitação administrativamente recebido pela requerente foi lavrado em termos genéricos. Dessa forma, não se pode aferir quais lesões e suas devidas extensões foram pagas administrativamente, sendo imprescindível o acionamento judicial para a exata verificação das extensões sofridas via perícia complementar.**

O STJ se pronunciou a respeito:

**O recibo dado pelo beneficiário do seguro em relação à indenização paga a menor não o inibe de reivindicar, em juízo, a diferença em relação ao montante que lhe cabe de conformidade com a lei que rege a espécie.** (REsp 296675 /SP. RECURSO ESPECIAL 2000/0142166-2. Relator Ministro ALDIR PASSARINHO JUNIOR. Quarta Turma. Data do Julgamento 20/08/2002. Pub. DJ 23.09.2002, p. 367).

### **3. DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PERÍCIA**

Embora, via de regra, seja a produção de prova pericial a cargo do requerente, (CPC, I, art. 333), no presente caso necessário se faz o decreto de inversão do ônus da prova nos termos do artigo 6º, VIII do CDC, para fins de aferição do grau (percentual) da lesão incapacitante, vejamos:

**“Art. 6º - São direitos básicos do consumidor:**

**(...)**

**VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente,** segundo as regras ordinárias de experiências.”





Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 317 B

Cite-se nesse sentido os seguintes julgados:

TJMS-056999) AGRAVO DE INSTRUMENTO - AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) - INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA - APLICAÇÃO DO CDC - FIXAÇÃO DOS HONORÁRIOS DE PERITO - QUANTUM - ARBITRAMENTO - REDUÇÃO - RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE - RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.

Tratando-se da relação de consumo, o artigo 6º, VIII, do CDC prevê a possibilidade de inversão do ônus da prova, ante a hipossuficiência do consumidor nas relações de consumo, ou até mesmo, ante a verossimilhança de suas alegações. Os honorários periciais devem ser fixados, proporcionalmente, e em atenção ao princípio da razoabilidade, observando-se os quesitos a ser respondidos e considerando, precipuamente, o local da prestação do serviço, a natureza, a complexidade da perícia, o tempo despendido pelo perito no trabalho realizado, e o grau de zelo profissional. (Agravo nº 2011.023779-7/0000-00, 4ª Turma Cível do TJMS, Rel. Josué de Oliveira. unânime, DJ 23.09.2011).

TJSP-141845) AGRAVO DE INSTRUMENTO - SEGURO DE VEÍCULO (DPVAT) - INDENIZAÇÃO - INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA - PROVA PERICIAL - HONORÁRIOS PERICIAIS A SEREM SUPOSTADOS PELA RÉ. (GN)

"A inversão do ônus da prova significa também transferir ao réu o ônus de antecipar as despesas da perícia tida por imprescindível ao julgamento da causa." Agravo de Instrumento. Seguro de veículo (DPVAT).

### 3. DO VALOR DEVIDO

A lei nº 6.197/74, com sua redação dada pela lei 11.482, de 31 de maio de 2007, impõe novos valores. Agora, destarte, as indenizações do seguro DPVAT estão atreladas aos valores estabelecidos pelo art. 8º da lei 11.482/07, que alterou o art. 3º da lei 6.194/74, fixando novo valor para indenização, por invalidez permanente, verbis:

**"Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo Seguro estabelecidos no artigo 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:**

**II- até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente;**

Esse é o entendimento do tribunal de Santa Catarina, vejamos;





Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 317 B

AGRAVO DE INSTRUMENTO COMPLEMENTAÇÃO DE SEGURO DPVT. PROVA PERICIAL. APURAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ. DESNECESSIDADE. PAGAMENTO DE PARTE DO VLOR DEVIDO. A TITULO DE SEGURO DPVAT PELA SEGURADORA. RECONHECIMENTO IMPLICITO DA INVALIDEZ PERMANENTE DA VITIMA. RECURTSSO PROVIDO. (TJSC Agravo de instrumento: AI 743444 SC 2009.074344-4; Relator (a): Nelson Schaefer Martins; julgamento: 20/04/2010; Órgão Julgador: Segunda Câmara de Direito Civil; publicação Agravo de Instrumento n. 2009.074344-4)

A legislação é clara no valor que deve ser pago no caso de invalidez permanente, de vítimas de acidente de trânsito, ou seja, R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), e não apenas o valor de R\$2.531,25 (Dois mil quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), que demonstra flagrante equivocada "voluntariamente ou não", a quitação realizada pela Requerida, e o consequente pagamento parcial.

Sendo assim, vislumbra-se, pois, o bastante fundamento do presente pleito de cobrança, devendo ser condenada a Ré a pagar ao Autor a diferença entre o indenizado e o devido, que corresponde a R\$ 10.968,75 (dez mil novecentos e sessenta e oito reais e setenta e cinco centavos), acrescentando-se ainda 1% (um por cento) ao mês e correção monetária com base no IPCA-E, adotado pela eg. TJRR, ambos desde o dia em que houve o pagamento enganoso até o dia do efeito cumprimento da obrigação.

#### 4. DOS PEDIDOS

Ante o exposto, requer a Vossa Excelência:

- a) Seja decretada a gratuidade judiciária eis que o Requerente é pobre na forma da Lei nº 1.060/50, não podendo arcar com custas e despesas processuais sem prejuízo do seu próprio sustento nem da sua família<sup>1</sup>, conforme declaração em anexo.
- b) Seja decretada a inversão do ônus da prova, inclusive, quando ao pagamento de eventuais honorários periciais, eis que é verossímil a alegação fática do requerente e é pobre nos termos da lei (Art. 6º, inc. VIII do CDC);

Protesta provar o alegado por todos os gêneros probatórios permitidos em direito, notadamente depoimento pessoal das partes, inquirição de testemunhas, juntada posterior novos documentos, se necessário for, perícia, todas desde logo e requeridas

- c) A total **PROCEDÊNCIA** do pleito autoral, para condenar a requerida a pagar indenização R\$ 10.968,75 (dez mil novecentos e sessenta e oito reais e setenta e cinco centavos), **incidindo juros de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária com base no IPCA-E, adotado pelo E. TJRR, incidentes desde o ilícito praticado até o efetivo cumprimento da obrigação.**

<sup>1</sup> Consoante art. 4º caput e § 1º da Lei 1.060/50, "a parte gozará dos benefícios da assistência judiciária, mediante simples afirmação, na própria petição inicial, de que não está em condições de pagar as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo próprio ou de sua família", até prova em contrário. Assim entende a jurisprudência, uníssona (STF e STJ).





Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 317 B

- d) A condenação da demandada nos honorários advocatícios, não inferior a 20% do valor da condenação, e nas custas judiciais, em caso de recurso;
- e) Desde já a Requerente, com fulcro no artigo 310, VII, do CPC/2015, manifesta-se ao interesse de não haver audiência de conciliação, haja vista a Requerida Seguradora Líder não realiza acordo antes do laudo da perícia medica, sendo assim reitera pela dispensa da audiência de conciliação, ou que esta seja designada somente após a realização da perícia medica.

Dá à causa o valor de R\$ 10.968,75 (dez mil novecentos e sessenta e oito reais e setenta e cinco centavos), para efeitos fiscais.

Nestes termos, pede deferimento.

Boa Vista, 25 de Junho de 2020.

**Paulo Sergio de Souza**

**OAB/RR 317B**







Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 317B

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza  
OAB/RR 340B

Dr. Jhon Emerson de Souza Camilo  
OAB/RR 1376

### PROCURAÇÃO AD JUDICIA

**OUTORGANTE** COSMO MORAIS SOUSA, brasileiro(a),  
estado civil: Solteiro, Profissão: Desempregado,  
portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 1385154 SSP/MA  
e inscrito(a) no CPF/MF nº 577.536.522-49, residente e domiciliado  
(a) na Rua - 05, nº 121,  
Bairro: Cidade Satélite, no  
município Boa Vista /RR, telefone: 957 984 10642, E-mail:  
, vêm através de seu advogado in fine  
assinado, com escritório profissional na Rua Gal Penha Brasil 102 Centro - Boa  
Vista - Roraima, por este instrumento particular nomeia e constitui seus  
procuradores.

**OUTORGADOS:** SOUZA & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade civil, inscrita  
na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 66 com escritório profissional  
situado na Rua General Penha Brasil 102, Bairro Centro, Boa Vista-RR,  
representada por seu sócio administrador Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA,  
brasileiro, separado judicialmente, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº,  
317B, Dra. PAULA RAFFAELA PALHA DE SOUZA, brasileira, solteira,  
advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº. 340B e Dr. JOHON EMERSON DE  
SOUZA CAMILO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.  
1.376, a quem confere amplos poderes:

**PODERES ESPECIAIS:** para representá-lo no processo em Foro em Geral com a  
cláusula *ad judicium et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou  
oponente, ou por qualquer modo interessado, podendo para isso, requerer e  
promover judicial ou extrajudicialmente, em qualquer causa, conforme  
estabelecido no artigo 105 do CPC/2015, bem como propor ações, produzir  
provas e seguir qualquer recurso legal, e os especiais para firmar  
compromissos, substabelecer, renunciar, receber intimações, desistir, recorrer,  
apelar, transigir, discordar, dar de suspeito a quem lhe convier, retirar e  
receber alvarás junto a secretaria do fórum, retirar e receber guias de retirada,  
receber valores e dar quitação, receber bens penhorados ou em adjudicação,  
enfim, tratar de seus interesses, bem como praticar todos os atos necessários  
para o fiel e bom cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom,  
firme e valioso em especial para propor Ação de Cobrança do Seguro  
Obrigatório DPVAT.

Boa Vista /RR 20, de maio de 2020

Cosmo morais Sousa

Outorgante

CPF/MF nº





Dr. JONAN EMERSON DE SOUZA CAMILO  
OAB/RR 1376

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**EU:** COSMO MORAIS SOUSA  
estado civil Solteiro, RG nº 138.5154 SSP/MA, e CPF  
nº 577.536.522-49, residente e domiciliado (a) na  
RUA 05 Nº 121 Bairro:  
Cidade SATELITE, Cidade BOA VISTA  
- Roraima, telefone (95) 984106442.

**DECLARO** para os devidos fins de direito e a quem interessar possa  
que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com  
eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da  
lei 1.060/50. Por ser a mais lúdima expressão da verdade, firmo a  
presente declaração.

BOA VISTA, 20 de MAIO de 2020.

Cosmo morais Sousa

**DECLARANTE**



**TRABALHADOR**

Esta é a Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por Decreto nº 22.005, de 27/10/1933 e posteriormente alterada pelo Decreto nº 5.452 de 11/05/1964 que atribuiu a TE. Ela é documento obrigatório para o trabalhador em empresa ou atividade profissional.

Nela deverão ser registradas todas as condições de trabalho, inclusive as alterações, para o reconhecimento dos direitos trabalhistas.

O conteúdo do registro é válido para todo o território nacional.


Esta é a importância da CTPS, que protege a todos, pois além de garantir o direito de trabalho, garante a garantia de prestação de serviços, como trabalhador, e a garantia para o empregador, de que o trabalhador é dependente, sendo assim, a CTPS é o documento de identificação.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DO TRABALHO  
MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

123.26253.66-5

1791877 0040 RR

*Cosmo morais Souza*



**QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASIL**

**COSMO MORAIS SOUSA**

FILIAÇÃO: COSMO MORAIS SOUSA  
EXPEDITA MORAIS SOUSA  
SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 06/03/1970  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: MOÇÃO - MA  
DOCUMENTO: R.G. 1385154 SESP MA 11/10/1986  
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995  
CPF: 577.536.522-49  
TIT. ELEITOR: 178062321147  
SEÇÃO: 0329  
ZONA: 005

LOCAL/ DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 23/10/2013

*Cosmo morais Souza*


MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR		CONTRATO DE TRABALHO	
GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	EMPREGADOR
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			CÓDIGO
DOADOR DE ÓRGÃOS (Decreto nº 37.777 de 12 de julho de 1993) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			ENDEREÇO
CARTEIRAS ANTERIORES			MUNICÍPIO
84785 0001 MA 29 07 1998			IS2 (ESTABELECIMENTO)
23/10/2013			CARTEIRA
Waldemar Costa da Silva			DATA DE EMISSÃO DE
Chefe do NERPROF			DE
Mat. SIAPE nº 0250669			PROFISSIONAL
SRTE/RR			CARTEIRA
NÚMERO			MINISTÉRIO
SÉRIE			ESPECIFICAÇÃO
DATA DE EMISSÃO			
NÚMERO			DATA DE SAÍDA
SÉRIE			DE
DATA DE EMISSÃO			
NÚMERO			COM. DIST. S. CON.
SÉRIE			PAZ E CONT.
DATA DE EMISSÃO			





	COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA	CONTA DE ÁGUA
	CNPJ: 05.939.467/0001-15	ATENDIMENTO
	Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610 FONE GERAL: 2121-2200	<b>0800 280 9520</b>

MÊS/ANO: 01/2020 VENCIMENTO: 15/02/2020 MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA  
RUA 05, NUM, 00121  
CIDADE SATELITE  
BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000 ROTA: 05.1970

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	16167196
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
05/12/2019	07/01/2020	33	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
12/2019	0	11/2019	0	10/2019	0

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
ÁGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019		0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR 43,74

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201899 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	01/2020	17	43,74	05.1970

82610000000-7 43740004001-4 00099358101-6 01202040003-7







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ALTO ALEGRE - ALTO ALEGRE - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005366/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/02/2020 09:17 Data/Hora Fim: 05/02/2020 09:54  
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 05/02/2020  
Delegado de Polícia: Wesley Costa de Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia de Alto Alegre  
Data/Hora do Fato: 03/11/2019 12:35

Local do Fato

Município: Alto Alegre (RR)  
Bairro: ZONA RURAL  
Logradouro: VICINAL QUE DE ACESSO DA COMUNIDADE RAIMUNDÃO 1, FAZ. SANTA  
Complemento: CASA CEP: 69.350-000

Tipo do Local: Área Rural

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



ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: COSMO MORAES SOUSA (VÍTIMA, COMUNICANTE)  
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 06/03/1970 Idade: 49 anos  
Naturalidade: MA - Pindaré-Mirim Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Expedita Moraes Sousa  
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 577.536.522-49

Endereço

Município: Alto Alegre - RR  
Logradouro: RUA UNIÃO Nº: S/N.  
Complemento: RUA  
Bairro: CENTRO CEP: 69.350-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição HONDA/C 100 BIZ ES	CPF/CNPJ do Proprietário 696.865.132-72
Placa NAO7350	Renavam 00816094594
Número do Motor HA07E14013109	Número do Chassi 9C2HA07104R013109
Ano/Modelo Fabricação 2004/2003	Cor VERDE
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/C100 BIZ ES	Modelo HONDA/C100 BIZ ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade



Delegado de Polícia Civil: Wesley Costa de Oliveira  
Impresso por: João Livamar Rodrigues Pinho  
Data de Impressão: 05/02/2020 09:55  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ALTO ALEGRE - ALTO ALEGRE - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005366/2020

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 17/11/2017

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Envolvimentos

Cosmo Moraes Sousa

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

SENHOR DELEGADO, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA, O SENHOR ACIMA QUALIFICADO PARA RELATAR QUE: NO DIA 03/11/2019, TRAFEGAVA NA RUA UNIÃO(ALTO ALEGRE) EM SUA MOTOCICLETA HONDA BIZ/C100, ANO DE FAB.2003/ MOD. 2004, VERDE, PLACA NAO7350, CHASSI 9C2HA07104R013109,(EM NOME MARIA FRANCISCA ARAUJO REIS) QUANDO FOI ATINGIDO POR UM VEICULO(CAMIONETE) QUE NÃO PRESTOU SOCORRO. QUE A VÍTIMA FRATUROU O PÉ DIREITO, CONFORME LAUDOS.

ASSINATURAS

João Livamar Rodrigues Pinho

Agente de Polícia  
Matrícula:042000599



Responsável pelo Atendimento

Cosmo Moraes Sousa

(Comunicante / Vítima)

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





[illegible]





PREFEITURA MUNICIPAL DO ALTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



DADE: BRAVO ALTO ALEGRE		EQUIPE: <u>Phillipe Luis</u>		FICHA DE ATENDIMENTO	
Idade: <u>19009</u>		Sexo: <u>M</u>		Raca: <u>Branca</u>	
Localidade: <u>Bravo Alto Alegre</u>		Cor: <u>Negra</u>		Indigena: <u>Não</u>	
Moto de referência: <u>Rota da HEAL</u>		DATA: <u>03.12.19</u>		HORA DO ACIONAMENTO: <u>12:32</u>	
MOTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO		TRANSPORTE: <input type="checkbox"/>		REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR: <input type="checkbox"/>	
APOIO: <input type="checkbox"/>		OUTROS: <input type="checkbox"/>		HORA CHEGADA NO LOCAL (J/H): <u>12:35</u>	
MECANISMO DE TRAUMA					
AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLÊNCIA	
<input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Colisão X <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro		<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Vítilma projetada <input type="checkbox"/> Vítilma encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag <input type="checkbox"/> Acidente com moto X <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> queda de Bicicleta		<input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual	
		MOTO/BICICLETA		OUTROS	
		<input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> condutor <input type="checkbox"/> passageiro		<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ aním <input type="checkbox"/> Outros:	
AVALIAÇÃO INICIAL					
Vias Aéreas		Ventilação		Circulação	
<input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Eupnéia <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Taquipnéia		<input type="checkbox"/> Abolida <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> Maciez		<input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s <input type="checkbox"/> Taquicardia	
				<input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> DNV <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Alcoolizado	
SINAIS VITAIS E ESCORES					
Hora	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	Temp. °C
Início	: <u>101.65</u>	<u>148</u>		<u>99</u>	<u>36.5</u>
Fim	: <u>1</u>				<u>36.5</u>
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA					
Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
<input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Ferimento oculto	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enflema Sub-Cutâneo <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Tórax instável	<input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Evisceração <input type="checkbox"/> Lacerações
Pele	Coluna Dorsal	Membros			
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> Deformidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações			
AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA	
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutter		<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assístolia		<input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Respiratória	
		<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecçosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica		<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Sequela AVC	
GRAVIDADE COMPROVADA		MEDICAÇÕES EM USO			
<input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Trote		<input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Bombeiro no local		MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS	
				<input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> DETRAN	
<input type="checkbox"/> Iniciada as: : <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP Não realizado		<input type="checkbox"/> Término as: : <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso OBS:			
<input type="checkbox"/> Atendido no local <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - PAAR		<input type="checkbox"/> Grande Trauma - GT <input type="checkbox"/> Hosp. Coronel Mota - HCM		<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN	
				<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Irie - HLI <input type="checkbox"/> Outros	

Dr. Jorge

Médico  
CRM





PREFEITURA MUNICIPAL DO ALTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



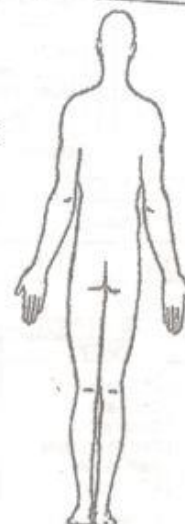
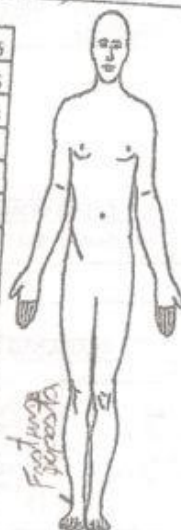
PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Bos Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

GESTANTE

IG p/ semana: \_\_\_\_\_ Movimentos fetais: \_\_\_\_\_  
Perda de líquido: \_\_\_\_\_ BCF: \_\_\_\_\_  
☐ Com cartão ☐ Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

1. Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
2. Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (relaxada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
	Extensão (descerebração)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3. Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Paciente, sinais vitais desconhecidos, vítima de queda de moto, não se apresenta ferimentos expostos na MTD tibia e fíbula.

André Philippe Barbosa Cortês  
Técnico de Enfermagem  
Coren-RR1388466-TE



03/01/2020

Guia de Atendimento 17

100. Enfermagem

800-221-0584



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação

**Reclassificação**  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul

Reclassificação

<input type="checkbox"/>	Vermelho
<input type="checkbox"/>	Laranja
<input type="checkbox"/>	Amarelo
<input type="checkbox"/>	Verde
<input type="checkbox"/>	Azul Ass

Reclassificação	
<input type="checkbox"/>	Vermelho
<input type="checkbox"/>	Laranja
<input type="checkbox"/>	Amarelo
<input type="checkbox"/>	Verde
<input type="checkbox"/>	Azul Ass

6001204873 03/01/2020 09:41:19

## FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA

DIURNO 07-19 69

Paciente	Data Nascimento		Idade		CPF	
<b>COSMO MORAIS SOUSA</b>	06/03/1970	49 A 9 M 28 D	704605148741327		57753652249	00176796
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
<b>IDENTIDADE</b>	1385154	<b>SSP/MA</b>		<b>M</b>	<b>SOLTEIRO(A)</b>	<b>PARDA</b>
Mãe			Pai		Naturalidade	
<b>EXPEDITA MORAIS SOUSA</b>			<b>NC</b>		<b>MONCAO - MA</b>	
Endereço					Contato	
<b>AVENIDA - 1 DE JULHO, S/N - 531 - CENTRO - ALTO ALEGRE - RR</b>					<b>(95) 99172-2723</b>	
					Ocupação	
					<b>GARÇOM</b>	

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sistema
	<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso - Pressão
<b>SPA - PRONTO ATENDIM</b>	<b>URGÊNCIA</b>				
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:
<b>PRONTO ATENDIMENTO</b>	<b>DEMANDA ESPONTANEA</b>				<b>KERYLEN.LORRAYNA</b>

PRONTO ATENDIMENTO DEMANDA ESPONTANEA

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)

e - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_<sup>h</sup>)

Pct Pront de Hc, mltas. rest

Exame Físico

Físico

Unido al Realgo estudiante en  
región vecinal de pi (D)

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

( ) RAIO-X ( ) ULTRA-SOM ( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG (X) OUTROS

## PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

ABC

Alfa Hospital

## Conduta

Alta por Decisão Médica que a presente  
Alta a Pedido de Reprodução Original  
Alta a Revelia por não comparecimento neste Hospital  
Transferência para:

☐ Ambulatório  
☐ Observação (Até 24h)  
☐ Internação  
 Data e Hora da Saída/Alta:

Data e Hora da Saída/Alta: /

óbito  
Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: kerylen.lorrayna  
Data Hora: 03/01/2020 09:44:11

© 2004  
All Rights Reserved. All Rights Reserved.  
www.mca.com



200-120487



*Paar*

**SUS** Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

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

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **PAAR**

2 - CNES: **176496**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **PAAR**

4 - CNES: **176496**

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE: **Osmei Moraes Alun**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: **176496**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **7101400151198714113127**

8 - DATA DE NASCIMENTO: **06/03/70**

9 - SEXO: **Masc. ☒ Fem. ☐**

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **Expedito Moraes Sousa**

11 - TELEFONE DE CONTATO: **959911722723**

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **Av. 02 de Julho 531 centro**

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Alto Alegre**

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: **1**

15 - UF: **RN**

16 - CEP: **69350970**

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: **FX após do pulm + nervos do ole**  
**2º PDD @**

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: **Ureter**

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): **Exo Lu - 1 P+**

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **Desobstrução de 2º PDD @**

21 - CID 10 PRINCIPAL: **58.2**

22 - CID 10 SECUNDÁRIO: **58.2**

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: **58.2**

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **Desobstrução de 2º PDD @**

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **58.2**

26 - CLÍNICA: **Dr. Alun**

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **Dr. Alun**

28 - DOCUMENTO: **( ) CNS ( ) CPF**

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **03/01/2020**

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **Dr. Alun**

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **03/01/2020**

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **03/01/2020**

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA: **03/01/2020**

37 - Nº DO BILHETE: **03/01/2020**

38 - SÉRIE: **03/01/2020**

39 - CNPJ EMPRESA: **03/01/2020**

40 - CNAE DA EMPRESA: **03/01/2020**

41 - CBOR: **03/01/2020**

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: **( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO**

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **Dr. Alun**

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: **03/01/2020**

45 - DOCUMENTO: **( ) CNS ( ) CPF**

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **03/01/2020**

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **03/01/2020**

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **03/01/2020**

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: **03/01/2020**

**PAAR**



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE: <i>Orme Morais Silva</i>			
DIAGNÓSTICO:			
ALERGIAS:		HAS	DM2
IDADE:		LEITO	DATA
			<i>03/01/2020</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN		
5	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA		
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5		
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN		
10	<i>Cefepodoxima 400g EV 12/12h</i>		
11	<i>clindamicina 600g EV 6/6h</i>		
12			
13			
14	<i>alto</i>		
15			
16			
17			
18			
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
20	SSV + CCGG 6/6 H		
21	CURATIVO DIÁRIO		
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			
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b> # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM QUEIXAS ALGÍCAS. # SOLICITADO: # CONDUTA: # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:			
<i>Dr. Marcos Aguiar</i> Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 11.195			
SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			







HOSPITAL DAS CLINICAS Dr. WILSON FRANCO  
RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL  
GERAL DE RORAIMA/HGR

DATA: 03/01/20 *Carlos Monair de Souza* DN: 1/1  
PACIENTE: *fr osos para + recente de*  
DIAGNÓSTICO(S):

DIH: 1/1  
KANBAM: Dieta:   
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA 1/1): Hb: Ht: Ur: Cr:   
Leuc: Seg: Plaquetas:   
Na: K: Ca: Cl:   
HCO<sub>3</sub>: PH: BE: PO<sub>2</sub>: PCO<sub>2</sub>:   
EAS:   
CULTURAS (1/1):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA 1/1): Hb: Ht: Ur: Cr:   
Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:   
Cl: HCO<sub>3</sub>: PH: BE: PO<sub>2</sub>: PCO<sub>2</sub>:   
EAS   
IMAGEM

ANTIBIÓTICO  
USADO:

JUSTIFICATIVA DE  
ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

*Paciente de fratura osso na  
perna + fr 20 ppm pi of  
recente para com de  
encaminhado ao HGR  
desbrilhado*

Dr. Marcus Brunner  
Médico  
CRM-RR 1917

Boa Vista, 03 de 01 de 2020. Hora: *08:00h*

CRM 1

Assinatura/carimbo do Médico Assistente  
Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

CRM 1

Assinatura/carimbo do Médico



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	COSMO MORAIS DE SOUZA				
AGNÓSTI	FX OSSOS DA PERNA + NECROSE PPD				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	49 ANOS	LEITO	334	DATA	3/1/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SSF 500ML EV ACM				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTE				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 .IMMHC				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIARIO SN				
14	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6 HORAS				
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
DR MARCELO MARQUES CRM 1918					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	DR MARCUS BRUNNER CRM 1917
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					
24 H					



2019

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

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

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

DIURNO 07-19 11

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

1901181902 03/11/2019 14:41:54

Paciente  
COSMO MORAIS SOUSA

Data Nascimento 06/03/1970 Idade 49 A 7 M 28 D

CNS 704605148741327 CPF 57753652249

Prontuário

Estado Civil Solteiro (A) Parda Raça/Cor

Naturalidade MONCAO - MA Nacionalidade BRASILEIRA

Contato (95) 99172-2723

Ocupação GARÇOM

Orgão Emissor Data Emissão SSP/MA

Endereço AVENIDA - 1 DE JULHO, S/N - 531 - CENTRO - ALTO ALEGRE - RR

Class. de Risco Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

Sector GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol. Registrado por: ADAO

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

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)  
Paciente procedente de Alto Alegre, trazido pelo pai  
por acidente de moto apresentando lesão

Exame Físico em M.E.

Hipótese Diagnóstica

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

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

Condição  
☐ Alta por Decisão Médica  
☐ Alta a Pedido  
☐ Alta a Revelia  
☐ Transferência para:

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

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: adao  
Data Hora: 03/11/2019 14:43:56

1901181902



NIR

Transf: 11/11/19

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **NIR**

2 - CNES: **176796**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXCUTANTE:

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **Wesley Moraes Sousa**

6 - DATA DE NASCIMENTO: **06/03/70**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **704605148741327**

8 - SEXO: **M**

9 - TELEFONE DE CONTATO: **95991722723**

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **Expedita Moraes Sousa**

11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **Av. Avenida 1 de Julho 531 Centro**

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Alto Alegre**

13 - UF: **RR**

14 - CEP: **69350970**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fratura exposta grau III-A.M. com fratura de MLE e PLATINA

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Wesley Moraes Sousa

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RÉSUMO DOS RESULTADOS DE EXAMES DE IMAGEM, REFS, VALORES)

RX



PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **Wesley Moraes Sousa**

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **MARCELO ARRUDA**

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **07/11/19**

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **Dr. Marcelo Arruda, Ortopedista/Traumatologista, CRM-RR 1243 / RQE: 550**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO CONTRATO

38 - Nº DE

39 - CNPJ LIMITE SA

40 - CNPJ DA LIMITE SA

41 - CNPJ

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREENHADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) ESTABELECIDO ( ) AUTENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

53 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

54 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

55 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

56 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

57 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

58 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

59 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

60 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

61 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

62 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

63 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

64 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

65 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

66 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

67 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

68 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

69 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

70 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

71 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

72 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

73 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

74 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

75 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

76 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

77 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

78 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

79 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

80 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

81 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

82 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

83 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

84 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

85 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

86 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

87 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

88 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

89 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

90 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

91 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

92 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

93 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

94 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

95 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

96 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

97 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

98 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

99 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR





BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 09 / 11 / 20

O.S.:

Camilo Mariano Souza

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Dr. Paulo

1º AUXILIAR:

Dr. Sumando

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Punctum um DDH com angulação;
2. AA + COE;
3. LMC Geomantina + desmoldamento + colocação de FE um punco (D) + Sutura + Curativos;
4. A RPA.

Assins ADMINISTRATIVAS  
M. F. F. de Souza

Dr. Paulo Arruda  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM-RR 12437-002-550

Sumando R. Camargo  
CRM-RR 2007





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Autonomia Patrimônio dos Brasileiros"

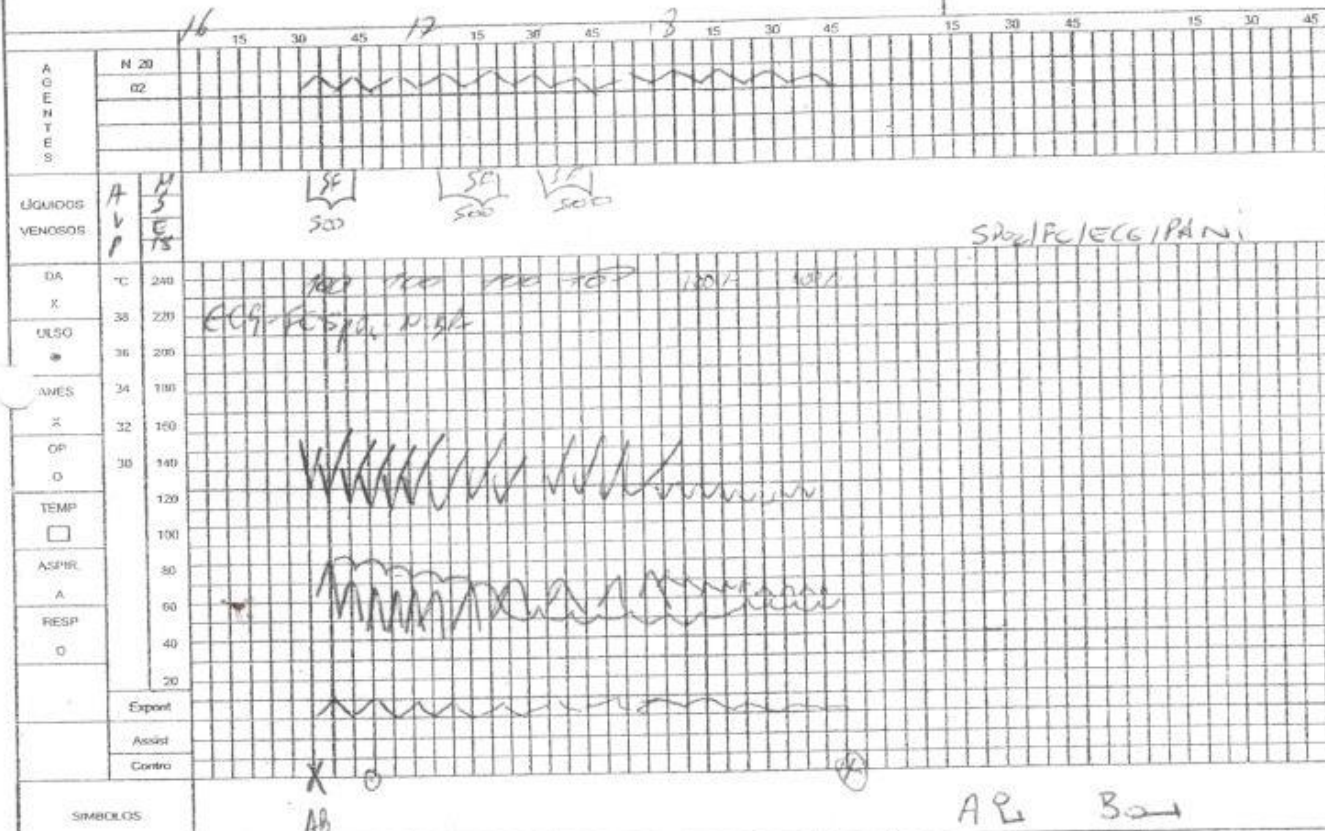
FICHA DE ANESTESIA

Cosmo Moraes Souza - 49 anos

03/11/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A - Bupivacaína	10mg	Região cost. torácica	* Anest. cost. sp. anest.
B - Bupivacaína	240mg	Apnd. para mediana	1) Anest. reg. tor. bar.
C - Lidocaína	900mg	Sob vent. exposte	2) Ringer sb anest. nov. 13-14, R-ke 26, L-ke 26
D - Tenoxicam	40mg		3) 1-kg sb anest. nov. sbup 10mg
E			4) feto 240g + dnde 900
F			5) Tenoxicam 40g
G			
GLICOSE	QUÍMICO	Cateter - Naso / Oro-faríngea	
NIÇO		Naso / Orotraqueal - Cere	
SANGUE		Bal - Temp - Cateter do Tubo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL	1500 ml	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	Osteotomia tibial @ exposte.		
ANESTESIA	De Fobian / Marins R	CÓDIGO	PERDA SANGÜÍNEA
		CIRURGIÃO	
		De Roblo / Fano do R	

Alberto F. M. Almeida  
Médico Responsável  
CRM 10.000





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

49a

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Cosmo Moreira Sousa	119-02	1901181902	03/11/19
CIRURGIA			

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Fixação Externa de Tornozelo Direito.	16:50	19:25	

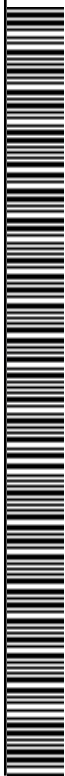
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	Dr. Fabiano
	RES. ANESTESIA:	Res. Marcos
	INSTRUMENTADOR	

1º AUXILIAR	Res. Fernando
2º AUXILIAR	

PO DE ANESTESIA:	Raque
------------------	-------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500 ml	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
2	LUVA ESTERIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
3	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
2	LUVA ESTERIL 8.0		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO MONONYLON Nº 2.0 + 1	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 29			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		<input checked="" type="checkbox"/>	SURGICEL	
	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSE	
2	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº	
2	SERINGA 10ML		5	GLOFOAM	
3	SERINGA 20ML		1	TEFA CARDIACA	
			1	OUTROS	

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







ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"  
CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: ORTO PEDIÁ	Procedimento Realizado: Fixação Externa Fm.T. Torniquete 2
Nome do Paciente: Cosmo Moraes Sousa	Nº do Prontuário	Data: 03/11/19
Bloco:	Enfermaria:	Leito:
		Nº da Sala: 04
		Circulante de Sala: Elisângela Helena Rosa Lourenço Adeusilton
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:		

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (X) Empresa ( )		Dados Adicionais:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID. QUANT. MARCA
01	Fixador Externo 320 mm	01 SARTORI/Linefix
	Lote: 010455 Código: F08 8 208 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA SARTORI - LINEFIX TIBIA/FEMUR T 300 - ESTERIL Fab.:10/01/2019 Val.:01/2024 Registro Anvisa Nº 80083650031 Material ACO INOX/ALUMINIO	
	Lutz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br	
	Lote: 010715 Código: AF55 8 680 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X C X 4,5 X 200 X T	
	Fab.:03/01/2019 Val.:01/2024 Registro Anvisa Nº 80083650026 Material ACO INOX F138	
	Lutz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br	

MÉDICO CIRURGIÃO: Res. Dr. Paulo

1º AUXILIAR: Res. Dr. Fernando

INSTRUMENTADOR:

1ª VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE  
2ª OPME/CME

Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Assunção  
CEP 69.310-911 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Fones: (91) 3538-1910 / 3538-1911  
E-mail: gpr@hgroraima.org.br

Paulo Sérgio de Souza  
Médico CRM 1902





SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ATIVIDADE DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA  
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Paciente: Edson Mendes Souza Data: 03/11/19  
Idade: 49 Setor/leito: G1 / 119-02  
Data de Nascimento: 06/03/1970 Idade: 49 Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim (X) Não  
Termo de Consentimento Cirurgia: ( ) Sim (X) Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

1. Informações: Pré-Operatório de TNP  
Jejum ( ) Sim (X) Não  
Prótese ( ) Sim (X) Não  
Exames ( ) Sim (X) Não  
Reserva UTI ( ) Sim (X) Não  
Lateralidade ( ) Sim (X) Não  
PNE ( ) Sim (X) Não  
Alergia ( ) Sim (X) Não  
Qual: Reserva de Hemicervical  
Reserva de Hemicervical: ( ) Sim (X) Não  
Outros: Diabetes  
2. Chegou ao Cent. Cirúrgico: Diabetes  
(X) Consciente  
( ) Com Suporte de O2  
( ) Agitado  
( ) Sinais Vitais:  
T: 36.5 °C  
R: 18 rpm  
FC: 63 bpm  
PA: 130/70 mmHg  
SAT: 99 %  
3. Anestesia: Regular ( ) Irregular  
4. Anotações (Ac. n.º do Paciente):  
paciente em TNP  
TT: cirurgia de  
End. Gástrico TNP  
acesso venoso ms  
pré, pós, aliq  
ms sangdo.  
aguardando  
anestesia  
Suplente: Rômulo  
Enfermeiro: Edson  
Cirurgião: Edson

INTRA-OPERATÓRIO

Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia
<u>16:12</u>	<u>16:29</u>	<u>16:50</u>	<u>19:25</u>	<u>—</u>

Cirurgia Realizada: End. Gástrico  
Anestesia: uraque  
Posicionamento: Decúbito Dorsal  
Hidratação Intravenosa: —  
Antidépresse: —  
Nome: uraque  
Dose: Cloridrato de  
SG 5%: 500ml  
Outros: —  
N.º de Compressas oferecidas: 15  
N.º de Compressas recolhidas: 15  
Exames na SO: —  
( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma (X) RX  
( ) Gasometria ( ) Outros: —

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

Sinais Vitais: Saída da SO  
T: 36.5 °C R: 18 rpm FC: 63 bpm  
PA: 130/70 mmHg SAT: 99 %  
(X) Regular ( ) Irregular  
Destino: (X) SRPA ( ) UTI ( ) Outros: —

SRPA

Anestesia	Cirurgia	Horário	T	FC	PA	SP02	ALDR	DOR
<u>uraque</u>	<u>TT: cirurgia de End. Gástrico</u>	<u>0'</u>	<u>59</u>	<u>115x75</u>	<u>99%</u>	<u>6</u>	<u>0</u>	<u>—</u>
		<u>15'</u>	<u>59</u>	<u>103x70</u>	<u>98%</u>	<u>6</u>	<u>1</u>	<u>—</u>
		<u>30'</u>	<u>59</u>	<u>103x70</u>	<u>99%</u>	<u>8</u>	<u>1</u>	<u>—</u>
		<u>45'</u>	<u>59</u>	<u>103x70</u>	<u>99%</u>	<u>8</u>	<u>1</u>	<u>—</u>
		<u>1h</u>	<u>59</u>	<u>103x70</u>	<u>99%</u>	<u>8</u>	<u>1</u>	<u>—</u>
		<u>1h 30'</u>	<u>59</u>	<u>103x70</u>	<u>99%</u>	<u>8</u>	<u>1</u>	<u>—</u>
		<u>2h</u>	<u>59</u>	<u>103x70</u>	<u>99%</u>	<u>8</u>	<u>1</u>	<u>—</u>

Observações: —

Entrada: Medi. cação IV CH — SNG/Volume — Dreno/Qual — Hora — SVD/Aspecto — Dreno/Qual — Outros —

Saída: —

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

19.11.19 - Paciente em sala em RCI de tratamento cirúrgico de patologia exposta de dor no dorso direito com fixador externo no T12. 300ml de urina no urinário. TNP em MSE prévio no T12. Evolução cirúrgica em região de fixação. Ao exame físico, aguardando punção medular e punção alta para o acesso, punção.

Ana Rômulo Quinto





ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

ANESTESIA DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Com novo Sessão  
Anestesiado por Dr. Fernando

PACIENTE CONFIRMADO:

- ☒ Localizar de  
☒ Sítio Cirúrgico  
☒ Hóspede dentro  
 Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

- ☒ Aplicar ☐ Não se Aplica

RISCO DE INACABO

- ☒ Sim ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

CONCLUIR

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ☒ Não ☐ Sim, Qual:

VIA AEREA SUPIL/USCO DE ASPIRAÇÃO

- ☒ Não ☐ Sim, e equipamento/resistência disponível

USCO DE TUBO SANGÜINEA &gt; 500 ml

- ☒ Não ☐ Sim, e ne uso adequado e planejamento para fluidos

Data: 03/11/19

Assinado digitalmente por

Hora: 19:00

Anestesiado por Dr. Fabiano | Dr. Miguel | Dr.

SAÍDA (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 instrumentais, 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 ANTINOCROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- ☒ Não se aplica

Qual: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☒ Sim ☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (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 CORREIAS ☒ 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 ☐ NãoO CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se AplicaAssinado digitalmente por  
Assinatura e Carimbo



119102

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE <i>Carlos Mota Junior</i>		
AGNÓSTICO <i>fratura exposta de fêmur tibial, 2º PDD a direita</i>		
ALERGIAS	HAS	NEGA
DM2	NEGA	
IDADE	49	LEITO
DATA	03/11/19	
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MAUTER
3	SF 0,9% 500ML EV 8/H <i>6/6 hor.</i>	<i>20 08 14</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	<i>20 08 14</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	<i>08</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	<i>08 10 19</i>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	<i>18 24 06 12</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	<i>18 24 06</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
13	SSVV + CCGG 6/6 H	<i>lênia</i>
14	CURATIVO DIÁRIO	<i>m/</i>
15	<i>Ceftriaxona 1g @ 12/12 hor.</i>	<i>22 10</i>
16		
17	<i>Cloxacilina 500mg @ 12/12 hor.</i>	<i>06</i>
18		
19		
20		
21		

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA  
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
# PREVISÃO DE ALTA:

**SINAIS VITAIS**

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	130x80	59	19 36

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

*Colocação fixador externo LMC Exentia  
Sutura + fio de K am 2º PDD + bone  
Exentia.*

*Paulo Sérgio de Souza Junior*  
CRM 145600



119-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	01/11/2019	DN	
PACIENTE COSMO MORAIS SOUSA					
AGNÓSTICO FX DIAFISÁRIA DE TIBIA E FIBULA D					
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	49	LEITO	119-2	DATA	04/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre				SND
7	ONDANSETRONA 8MG EV DE 8/8H SN				2
8	DIPIRONA 500MG EV DE 6/6H				18
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				18
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				20
11	SSVV + CCGG 6/6 H				20
12	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				20
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA				20
15	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				20
16	NALBUFINA 10MG + AD 9ML FAZER 5ML EV DE 6/6H SN				20
17	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN				20
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				20
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.					
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA					
# SOLICITADO:					
# CONDUTA: MANTIDA					
SINAIS VITAIS:					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	125/67	64		36°C	
18 H	112/70	65		36°C	
24 H	122/72	67		36°C	
Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia					

FORO  
AFERIDO SSVV  
SEM MEDICAMENTOS CPM  
LEITO OS CUIDADOS  
6 CUIDADOS  
Geozilande Melo de Souza  
CRM-RR 292.369 - TE

12h verificadas SSVV e  
administradas medicações C.P.M  
Está sem acompanhante. Refere  
algia no MTD





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

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:					
( ) Entorregente ( ) Mióticas ( ) Midriáticas ( ) Afébril ( ) Febril ( ) Hipertérmico					
( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes ( ) 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 / DIURESE					
( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Fralda ( ) Uropen					
( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Gistostomia					
( ) Irrigação contínua ( ) Outros: _____					
CARACTERÍSTICAS DA PELE					
( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada					
( ) Normocorada ( ) Ictérica ( ) Anictérica					
Lesão por pressão: ( ) Sim ( ) Não Região: _____					
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 constipação ( ) Risco de integridade da pele prejudicada ( ) Eliminação urinária prejudicada					
( ) Risco de desequilíbrio do volume ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ( ) Comunicação deficiente					
( ) Volume de líquidos excessivo ( ) Padrão de sono prejudicado					
( ) Volume de líquidos deficiente ( ) Déficit no autocuidado para higiene					
Escala de Morse					
1. Histórico de Queda					
Não 0 Orientado/limitado/conhece as limitações					
Sim 25 Superestima capacidade/Esquece limitação					
2. Diagnóstico Secundário					
Não 0 Risco Baixo: 0 - 24					
Sim 15 Risco Médio: 25 - 44					
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado					
Não 0 Risco Alto: Maior que 45					
Sim 20 Sinalização do Risco:					
( ) Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem					
( ) Risco registrado na placa de identificação leito					
4. Auxílio na Deambulação					
Nenhuma/Acamado/Auxiliado 0					
Muleta/Bengala/Andador 15					
Mobilidade Paralela 30					
5. Marcha/Deambulação					
Normal/Sem deambulação/Acamado 0					
Frac 10					
Comprometida/Cambaleante 20					
Prescrição de Cuidado Prev Quedas					
( ) Manter grades laterais elevadas					
( ) Identificar o risco de queda na placa de identificação					
( ) Auxiliar o paciente na higiene					
( ) Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama					
( ) Manter cama com rodas travadas					
( ) Necessidade de contenção ao leito					
( ) Manter vigilância de ____ horas					
( ) Calçado seguro nos pés					
( ) Material de uso pessoal ao alcance da mão					
( )					
Registro Geral:					
Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____					



  
EXAME DE VISTO  
Data: 25/06/2020  
Local: 403.3  
Assinado digitalmente por: Cosmo Moraes Souza  
Assinatura: 

Localidade	RUA M.D.	
Identificação	04 Fio de Kichenner	
Apresentação	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose Amarelha Negra <input type="checkbox"/> Escala <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Ferida aberta <input type="checkbox"/> Outros	
Pele Periférica	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Malcheiro <input type="checkbox"/> Flegmático / Rubor	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Malcheiro <input type="checkbox"/> Escala <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Ferida aberta <input type="checkbox"/> Outros
Tipos de Feridas	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Muito
Soluções de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Hidroalcol 70% <input type="checkbox"/> Hidroalcol 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Hidroalcol 70% <input type="checkbox"/> Hidroalcol 70%
Medicamentos	<input checked="" type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Hidroalcol 70% <input type="checkbox"/> Hidroalcol 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Hidroalcol 70% <input type="checkbox"/> Hidroalcol 70%
Profissional que realizou procedimento:	Renata Silva Rodrigues COREN-RR 45272-AE GOREN-RR 905 152-7E	Vanessa da Silva Moraes Técnica em Enfermagem COREN-RR 507 156-7E GOREN-RR 905 152-7E
Observações		





119-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	01/11/2019	DN	
PACIENTE COSMO MORAIS SOUSA					
AGNÓSTICO FX DIAFISÁRIA DE TIBIA E FIBULA D					
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	49	LEITO	119-2	DATA	05/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre				SN
7	ONDANSETRONA 8MG EV DE 8/8H SN				SN
8	DIPIRONA 500MG EV DE 6/6H				12 18 24
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				24
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				24
11	SSV + CCGG 6/6 H				24
12	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				10 20
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA				06
15	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12 18 24 06
16	NALBUFINA 10MG + AD 9ML FAZER 5ML EV DE 6/6H SN				24
17	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN				24
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				10 20
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI; 251-300 4UI; 301-350 6UI; 351-400 8UI; ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.					
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA					
# SOLICITADO:					
# CONDUTA: MANTIDA					
SINAIS VITAIS:					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
12 H	104/62	75	36,5	FR	
18 H	120/69	73	36,5		
24 H	140/90	72	36,5		

Dr. Augusto Cavalcante  
CRM-RR 1964  
Residente de Ortopedia e Traumatologia

12h. medicação e p.m. aferida  
SSV, realizada novo AVE.  
Segue nos cuidados de enfermagem.

Jacqueline Vieira de Aguiar  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 25997-TE

Georgiana Melo de Souza  
COREN-RR 292.369-TE



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
GOVERNO DE RORAIMA					HGR		GOVERNADORIA E TRIBUTARIA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA								
DATA DE ADMISSÃO			DIH	01/11/2019	DN			
PACIENTE COSMO MORAIS SOUSA								
AGNÓSTICO FX DIAFISÁRIA DE TIBIA E FIBULA D								
ALERGIAS			HAS	SIM	DM2			
IDADE	49	LEITO	119-2	DATA	06/11/2019			
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO		
1	DIETA ORAL livre					SND		
7	ONDANSETRONA 8MG EV DE 8/8H SN					SN		
8	DIPIRONA 500MG EV DE 6/6H					24 06		
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					7 SN		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG							
11	SSV + CCGG 6/6 H					Retina		
12	TILATIL 20MG EV DE 12/12H					10 22		
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA					06		
15	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H					24 06		
16	NALBUFINA 10MG + AD 9ML FAZER 5ML EV DE 6/6H SN					7 SN		
17	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN					10 22		
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H							
19								
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							
EVOLUÇÃO MÉDICA:								
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.								
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA								
# SOLICITADO:								
# CONDUTA: MANTIDA								
SINAIS VITAIS								
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:								
# PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO								
6 H	PA	FC	FR					
12 H	110x80	63	-	35,7				
18 H	120x70	60	-	36,5				
24 H								

Dr. Augusto Cavalcante  
CRM-RR 1964  
Residente de Ortopedia e Traumatologia

12 hrs pct no leito, medicado c.p.m.,  
Verificado SSV. coletado sangue p/ exame e encaminhado ao laboratório de exames - 952076



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	01/11/2019	DN	
PACIENTE COSMO MORAIS SOUSA					
AGNÓSTICO FX DIAFISÁRIA DE TIBIA E FIBULA D					
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	49	LEITO	119-2	DATA	06/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre				SN
7	ONDANSETRONA 8MG EV DE 8/8H SN				SN
8	DIPIRONA 500MG EV DE 6/6H				SN
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	SSVV + CCGG 6/6 H				Retina
12	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				SN
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA				SN
15	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				SN
16	NALBUFINA 10MG + AD 9ML FAZER 5ML EV DE 6/6H SN				SN
17	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN				SN
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				SN
19					
20					
<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b> <b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b> <b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%</b> <b>40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>					
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. #EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA #SOLICITADO: #CONDUITA: MANTIDA 06h PA, 125/68 FC:62					
<b>SINAIS VITAIS:</b> #PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: FR #PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO 12 H 150x90 80 35,3°C 18 H 118/82 67 36°C 24 H 114/69 68					
Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia					

12h a pt. no leito, medicado cpm, aferido 55 UC

18/11 paciente em casa  
para um mês cpm  
a 55/UC

Assinado digitalmente  
Paulo Sergio de Souza  
CPF: 028.884.884-15



SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ENFOQUEANTE					
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				8 - RDT DO PROFISSIONAL	
5 - NOME DO PACIENTE				9 - SEXO	
Cosmo morais Sousa				M	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				6 - DATA DE NASCIMENTO	
704605148241327				06/03/20	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - SELEÇÃO DE CONTATO	
Expedita morais Sousa					
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)					
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				16 - COEFICIENTE MUNICIPAL	
Alto Alegre				R.R	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS PRESTATAS (DE EXAMES DE LABORATÓRIO)					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
21 - NÚMERO DO CONTRATO/ARRELAÇÃO DE SERVIÇOS HOSP					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARACTERÍSTICA DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - Nº DO DOCUMENTO (CÓDIGO DO EMPREGADOR, COM TANTAS ZEROS QUANTO NECESSÁRIO)					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)					
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CONTRASSINATURA DO REGISTRO DO C.R.N.S. (RUBRICA)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - ACIDENTE DE TRABALHO					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO NÃO TÍPICO					
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO					
36 - CHEFE EMPRESA					
37 - Nº DO EMPREGADO					
38 - CHAVE DA EMPRESA					
39 - TIPO DE					
40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
41 - EMPREGADO					
42 - EMPREGADOR					
43 - DATA DO PROFISSIONAL AUTORIZADO					
44 - Nº DO DOCUMENTO					
45 - Nº DO DOCUMENTO CONTRATO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO					
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
47 - ASSINATURA E CONTRASSINATURA DO REGISTRO DO C.R.N.S. (RUBRICA)					
0415040035					
R02					
5828					
V299					





BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 07.11.19 OS \_\_\_\_\_

COSSMO NOBARI SILVA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA exposta do osso PERNA (D)  
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: CURATIVO cirúrgico + manuseio de FIXADOR  
TIPO DE INTERVENÇÃO: 1. fratura (CURATIVO cirúrgico)  
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: NA  
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 1. fratura

CIRURGIÃO: JAMARCO ALBERTO 1º AUXILIAR: J. PATRICK ROBERTO  
2º AUXILIAR: INSTRUMENTADORA:  
3º AUXILIAR: ANESTESIA:  
ANESTESISTAS: J. J. J. ANESTÉSICO: R. S. J.  
INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Constata-se a presença de  
fratura exposta do osso  
da perna esquerda do paciente, com exposição de bolhas,  
alívio da dor por analgésicos.  
O paciente foi submetido a cirurgia com ref. anterior  
na sala cirúrgica e também foi realizado o exame de  
ultra-som de P.E.

@ W. J. J.

Dr. Marcelo Arruda  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM-RR 12345 - RQE: 550





FICHA DE ANESTESIA

Cosmo! morens Souza

PRÉ-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - HORA - EFEITO

1900 Fentanyl 100mcg + morphine 3mg

07.11.18

[illegible]

EIF, FC, SPD2, PNT

107

19.  $BO_2$

[illegible]

DR. UBIKATARA

DR. MORENO

Compositional

Re: ~~Enrollment of [illegible]~~







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

49 anos.

# FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Vitorino Mendes Souza				07 III 19	
<b>CIRURGIA</b>					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
curativo cirurgico em MID		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		19:20	19:33		
<b>EQUIPE MÉDICA</b>					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		Dr. O. Guayana		
Dr. Marcelo Almeida	RES. ANESTESIA:		Dr. Eversson		
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
Dr. Patrick	CIRCULANTE		pilsana / Socorro		
AUXILIAR	TEMPO DE DURAÇÃO:				
TIPO DE ANESTESIA: Roraima					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
<input type="checkbox"/>	PACOTES GAZE C/10			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICK	
	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS Pan			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº			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			CHIAPOSSO alcatil 70l.	
	SERINGA 05 ML			CHIAPOSSO alcatil 70l.	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		<input checked="" type="checkbox"/>	GROGON elctrodos	
	SERINGA 20ML		1	FIZCARDIACA white 02	
				OUTROS: cloro yid. deyl	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Ana Renata	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		Luciano	TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					







SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATORIA  
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

[illegible]



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

(v) Sim ( ) Não

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

(v) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplicam

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

( ) Sim ( ) Não (v) Não se Aplica

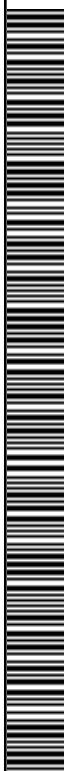
SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

( ) Sim (v) Não

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

(v) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

Assinatura e Carimbo







GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDOFATOR

QUANTO 119-2

ILÉRIO

7700000000

NOME DO PACIENTE

Castro Moraes, Jôão

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

DATA/HORA

PRESCRIÇÃO

HORARIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DISCERVAÇÕES

01/11/19 Ome eufor após 4 dias de internação

CS 0,9% 100ml EV 24 horas

CLINICAMENTE 600 mg EV de 12 a 6h, 3x/dia, 12-18

01/01/2008 8 mg EV 8h/dia

01/01/2008 500 mg EV 6h, 3x/dia

01/01/2008 400 mg EV 12h/dia

01/01/2008 300 mg EV 12h/dia

01/01/2008 200 mg EV 12h/dia

01/01/2008 100 mg EV 12h/dia

01/01/2008 100 mg EV 12h/dia

01/01/2008 100 mg EV 12h/dia

Rotina

03/30 20.11.19 1.64

8.18.19 1.34.00

04/11/2019 33.30

04/11/2019 33.30

04/11/2019 33.30

04/11/2019 33.30

04/11/2019 33.30

04/11/2019 33.30


04/11/2019 33.30

04/11/2019 33.30

04/11/2019 33.30

Dr. Marcelo Arruda  
Otorrinolaringologista  
CRM-PR 1243/BOE: 550



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA							
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA							
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA							
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		01/11/2019		DN	
PACIENTE COSMO MORAIS SOUSA							
ACIDENTE FX DIAPHRAGMÁTICA DE TÍBIA E FIBULA D							
ALIM DIAS		HAS		SIM		DM2	
43		LEITO		119-2		DATA 08/11/2019	
PRESCRIÇÃO						HORÁRIO	
DIETA COMUM						SN	
ONDANETRONA 8MG EV DE 8/8H SN						SN	
DIPYRIDA 500MG EV DE 6/6H						24° 06° 32	
GRANIZOLINA 100MG + SFD 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA						SN	
CAPSULA DE 25mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						SN	
SSVM 400MG VO DE 12/12H						22° 10	
OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA						24° 06° 32	
CLINDAMICINA 300MG EV OU VO DE 6/6H						SN	
NALBUPROFENO 50MG + AD 90ML FAZER 5ML EV DE 6/6H SN						SN	
PARACETOL 500MG VO DE 8/8H SN						SN	
MORFINA 10MG + AD 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H						22° 10	
SE NECESSÁRIO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CADA 2H: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; 401-450: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40% DE ALÍQUOTA PLANTONISTA							
ENFERMAGEM 3 ML 3x							
PACIENTE EM BOA SITUAÇÃO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COM ATUAÇÃO, SEM SINAIS ALÉRGICOS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ADEQUADA ALIMENTAÇÃO, BEM-ESTAR FÍSICO, SEM SINAIS DE ANÉTICO, AFEBRIL, SEM MOCORRIMENTOS, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXAÇÃO ORTOPÉDICA, PERNA DIREITA							
FIM DA PRESCRIÇÃO							
SINAIS VITAIS				FR			
16				T			
129x76 73				36C			
107x63 63				36,3			
Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia							

Plano de tratamento 19.05.07  
Paciente medicado C.P.M.  
eufórico 5500, T.C. 200g  
CORREN: 87669172





119-2.

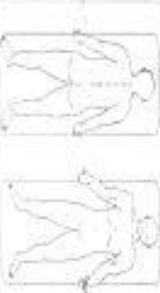
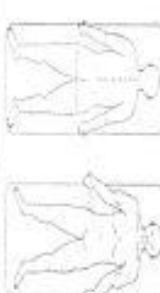
GOVERNO DE RORAIMA		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		01/11/2019		DN			
PACIENTE COSMO MORAIS SOUSA									
AGNÓSTICO FX DIAFISÁRIA DE TIBIA E FIBULA D									
ALERGIAS		HAS		SIM		DM2			
IDADE		49		LEITO		119-2		DATA 09/11/2019	
ITEM		PRESCRIÇÃO						HORÁRIO	
1		DIETA ORAL livre						SN	
7		ONDANSETRONA 8MG EV DE 8/8H SN						SN	
8		DIPIRONA 500MG EV DE 6/6H						SN	
9		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA						SN	
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						SN	
11		SSV + CCGG 6/6 H						SN	
12		TILATIL 20MG EV DE 12/12H						SN	
13		OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA						SN	
15		CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H						SN	
16		NALBUFINA 10MG + AD 9ML FAZER 5ML EV DE 6/6H SN						SN	
17		TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN						SN	
18		CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H						SN	
19									
20									
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA									
EVOLUÇÃO MÉDICA:									
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.									
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA									
#SOLICITADO:									
#CONDUTA: MANTIDA									
SINAIS VITAIS:									
#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:									
#PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO									
12 H		109x65		65		35.9C		FR	
18 H		103x62		62		36.6C		FR	
24 H		100x70		61		36.6C		FR	
Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia									

06/11/2019 108x84/64 36C  
+ Administrado medicação  
de horário com; Verificado  
SSV + Ace. Médica



## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <u>Carma Maria Sousa</u>	Leito: <u>119.2</u>	Data: <u>09/11/2019</u>	

Localização		Região: <u>ESD</u>		Região: <u>ESD</u>
Etiologia	<input type="checkbox"/> ILPP I II III IV 2º <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose Amarela Negra <input type="checkbox"/> Escarado <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros			
Pele Perifereira	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seroso-sanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Limitado <input type="checkbox"/> Seco			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Rosângela Magalhães Téc. em Enfermagem COPE-PR 624 100			
Observações:	Ass. Maria da Silva Junior Téc. em Enfermagem COPE-PR 624 922			



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	01/11/2019	DN	
PACIENTE COSMO MORAIS SOUSA					
AGNÓSTICO FX DIAFISÁRIA DE TIBIA E FIBULA D					
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	49	LEITO	119-2	DATA	10/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre				SNB
7	ONDANSETRONA 8MG EV DE 8/8H SN				SNB
8	DIPIRONA 500MG EV DE 6/6H				32-18 24-06
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SNB
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SNB
11	SSVV + CCGG 6/6 H				24-06
12	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				24-10
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA				24-06
15	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12-18 24-06
16	NALBUFINA 10MG + AD 9ML FAZER 5ML EV DE 6/8H SN				SNB
17	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN				SNB
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				24-10
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.					
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA					
# SOLICITADO:					
# CONDUTA: MANTIDA					
SINAIS VITAIS					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
12 H	130 x 68	85	FR	36,5°	
18 H	130 x 68	79	FR	36,5°	
24 H	113/71	67	FR	35,9°	
				Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia	

Dr. Odinechi Okemir  
Médico  
CRM-RR 1851

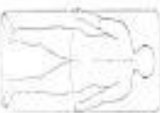






Grh: Realizados os stms  
cop. m. valchen  
Marinilda S. Reil  
Aut. Enfermeira  
COREN 04390/045

Grh do 11.11.19  
PP: 120/70 P: 78 R: 18  
T: 35,9°  
Rosivane A. Delmiro  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RN 583580



## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -		Paciente: <i>cosmos morais sauga</i>		
HGR		Leito: <i>419-2</i>		Data: <i>10/11/19</i>	

Localização			Região: <i>MA-I.D.</i>			Região: <i>MA-I.D.</i>
Etiologia	<input type="checkbox"/> ILPP I II III IV 9* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <i>Tratado</i> <input type="checkbox"/> Fissão Externa <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outros:					
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose Amarela/Verde <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros:					
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Mucoso <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor <input type="checkbox"/> Outros:					
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outros:					
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco					
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outros:					
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outros:					
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h					
Profissional que realizou procedimento:	   Rogério de Almeida Enfermeiro COREN RJ 54068 TEC					
Observações:						



25/06/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

119-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		01/11/2019		DN
PACIENTE	COSMO MORAIS SOUSA				
AGNÓSTICO	FX DIAFISÁRIA DE TIBIA E FIBULA D				
ALERGIAS	HAS	SIM	DM2		
IDADE	49	LEITO	119-2	DATA	11/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre				8h/18h
7	ONDANSETRONA 8MG EV DE 8/8H SN				8h/18h
8	DIPIRONA 500MG EV DE 6/6H				18h 24h 06
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				7h/18h
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				7h/18h
11	SSVV + CCGG 6/6 H				8h/18h
12	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				10h/22h
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA				18h 06
15	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				18h 18h 06
16	NALBUFINA 10MG + AD 9ML FAZER 5ML EV DE 6/6H SN				7h/18h
17	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN				7h/18h
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				10h/22h
19	AO HC				
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.					
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA					
# SOLICITADO:					
# CONDUÇÃO: MANTIDA					
<b>SINAIS VITAIS:</b>					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	114/74	66	16	36°C	
18 H					
24 H					
				Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia	

12:00h. Feito SSVV, adm. as med. CPM.  
Realizando AUP. msc, jeko 20.

CCM Dr. G. M. Araújo  
Téc. de Enfermagem  
CRM-RR 534.504





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE**

**RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC**

Eu Cosmo Morais Sousa

CPF nº \_\_\_\_\_

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguara justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferencia para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguara;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmo que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 11 de março de 20 19.

Assinatura do paciente: Cosmo Morais Sousa

Responsável:

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ . Hora: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



 <b>GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA</b> Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação/Reclassificação Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul		2ª Classificação/Reclassificação Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul		3ª Classificação/Reclassificação Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul	
1001191264		26/11/2019 15:07:51		FICHA DE ATENDIMENTO		CLÍNICA MÉDICA	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	
COSMO MORAIS SOUSA		06/03/1970		49 A 8 M 20 D		704605148741327	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão	
IDENTIDADE		1385154		SSP/MA		M	
Mão		EXPEDITA MORAIS SOUSA		Pai		NC	
Endereço		AVENIDA - 1 DE JULHO, S/N - 531 - CENTRO - ALTO ALEGRE - RR		Contato		(95) 99172-2723	
Cláss. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência	
SPA - PRONTO ATENDIM		URGÊNCIA					
Sator		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Temp.	
PRONTO ATENDIMENTO		DEMANDA ESPONTANEA					
Queixa Principal		[ ] Síndrome Febril		[ ] Sintomático Respiratório		[ ] Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL			
		AD: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)							
<p>paciente encaminhado ao HC PI para avaliação de desmama          recém com MD</p>							
Exame Físico							
<p>Hipótese Diagnóstica</p> <p>paciente MD</p>							
SAAT - Exames Complementares							
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
<p>Deu alta com medicação</p> <p>Laudelton Junior          Médico          CRM-RR 1882</p>				<p>26.11.2019</p> <p>Autenticação</p> <p>26.11.2019</p>			
Condição				Ambulatório			
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelar <input type="checkbox"/> Transferência para:				<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta:			
óbito							
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: edvan.nascimento Data Hora: 26/11/2019 15:08:55							






Trans + 06/12/19

NIR

Anexo I

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde		<b>Ministério da Saúde</b>		<b>NIR</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES			
<b>Identificação do Paciente</b>							
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO			
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				10 - SEXO			
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				12 - TELEFONE DE CONTATO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO			
15 - UF				16 - CEP			
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL							
21 - CID 10 PRIMÁRIO							
22 - CID 10 SECUNDÁRIO							
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA							
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO							
28 - DOCUMENTO							
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO							
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)							
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO							
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO							
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO							
36 - CNPJ DA SEGURADORA							
37 - Nº DO BULETE							
38 - SÉRIE							
39 - CNPJ EMPRESA							
40 - CNPJ DA EMPRESA							
41 - CBOE							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
43 - ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO							
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>							
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
45 - DOCUMENTO							
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)							
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							



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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	COSMO MORAIS SOUSA				
DIAGNÓSTICO	FRAT DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FIBULA D				
ALERGIAS	HAS		NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		429	DATA	26/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				3 W
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				4/20/20
5	SF 0.9% 500ML EV SN				5/11
6	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				SUSP
7	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H				14/12/08
8	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X DIA EM JEJUM				06/11
9	TENOXICAM 20MG EV 12/12H				18/06
10	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SIN 28/16
14	ONDOSETRONA 8MG EV 8/8H SN				SIN
15	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR IN				SIN
16	CAPTOPRIL 25MG VO SE PA > 160/110mmHG				SIN
17	CURATIVO DIÁRIO SN / SSVV + CCGG 6/6 H				Revisão
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

DR MARCUS BRUNNER  
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES  
CRM 1918

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	100x60	82		37.9°C
18 H				
24 H	100x60	74		36.6°C

16:15  
Internos  
PA. 100 x 70 mmHg  
FC. 87 bpm  
T. 36.5°C

06/11-5500  
PA. 84 x 49  
FC. 84  
T. 37.1


Kátia de Conceição Costa  
Técnica em Enfermagem  
COREN-RR 629.963

Atestado Médico  
Dr. J. J. Silva  
CRM 1918

Dr. J. J. Silva  
CRM 1918  
Ortopedia e Traumatologia



+C

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE <u>Osório Moraes Sousa</u>					
AGNÓSTICO <u>Fx de fratura de fêmur e fíbula (S)</u>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	DATA <u>27/11/19</u>		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				manhã
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12h 24h 06h
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06h
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				12h 24h 06h
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				suspensão
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				suspensão
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H				
18	CURATIVO DIÁRIO				
19					
20					
21					
<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:</b> 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b> # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: RX: # CONDUZIDA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:					
 Médico Residente ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
<b>SINAIS VITAIS</b>					
6 H	PA	FC	7 FR		
12 H	90x50	84	36,3c		
18 H	120x90	80	36,6c		
24 H	110x80	79	36,6c		

Aline O. de Castro  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 0000000000

Maria Fátima Barros  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 0000000000

Juliana de Souza Brito  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 0000000000

Adriana C. de Souza  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 0000000000

103 SN  
PA = 100x60  
FC = 64  
TA = 36° 8c



GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				HGR
DATA DE ADMISSÃO		DIH	26/11/2019	DN		
PACIENTE		COSMO MORAIS SOUSA				
DIAGNÓSTICO		FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA + NECROSE PDD				
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE		LEITO	401-3	DATA	29/11/2019	
ITEM		HORÁRIO				
1	DIETA ORAL LIVRE	SND				
2	AVP	SND				
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	SND				
4	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	SND				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN	SND				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	SND				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SND				
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN	SND				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	SND				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SND				
11	CURATIVO DIÁRIO	SND				
12	SSVV + CCGG 6/6H	SND				
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,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.						
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA E CURATIVO EM PÉ D						
# PRE						
SINAIS VITAIS						
6 H	PA	FC	FR	DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
12 H						
18 H						
24 H						

07h 13h. administrados 1 hem. @ epm. Luc Elisabet

Realizado medicação das 18h. Realizado medicação das 24h.

22 Feito novo AVP  
jeito do MSD.  
tec. Luziane.

Obs: paciente em uso de  
TETRAZOLAM 100mg  
PO 1x/dia

Tram SFO  
Alex de  
CUREM-RI 2019-11-10



401-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH	26/11/2019	DN			
PACIENTE		COSMO MORAIS SOUSA					
DIAGNÓSTICO		FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA + NECROSE PDD					
ALERGIAS		HAS					
IDADE		LEITO		401-3	DM2	DATA	30/11/2019
ITEM		HORÁRIO					
1	DIETA ORAL LIVRE						
2	AVP						
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H						
4	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H						
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN						
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA						
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N						
8	TRAMAL 100MG + SFO, 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	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,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.							
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA E CURATIVO EM PÉ D							
# PRE							
SINAIS VITAIS							
6 H	PA	FC	FR	DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
12 H							
18 H							
24 H							


Trocado acervo venoso.

Adm. antibióticos  
deu não adm. adre a  
sele. — R

07 as 12  
for adm. modificação.  
C P M

DR AUGUSTO CAVALCANTE  
CRM-RR 1964  
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	26/11/2019	DN	
PACIENTE		COSMO MORAIS SOUSA			
DIAGNÓSTICO		FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA + NECROSE PDD			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	401-3	DATA	01/12/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				12h
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				12h
4	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12h
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				12h
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				12h
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				12h
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				12h
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				12h
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12h
11	CURATIVO DIÁRIO				12h
12	SSVV + CCGG 6/6H				12h
13					12h
14					12h
15					12h
16					12h
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					
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.					
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA E CURATIVO EM PÉ D					
# PRE					
<div style="text-align: right;">   <b>Dr. Augustus Cavalcante</b>  <b>CRM-RR 1964</b> </div>					
<b>SINAIS VITAIS</b>					
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					
		<b>DR AUGUSTO CAVALCANTE</b> <b>CRM-RR 1964</b> <b>RESIDENTE EM ORTOPEDIA E</b> <b>TRAUMATOLOGIA</b>			

07/12/19 - Administração e Inj (3) (4) feito AVP ms (E) zelco 20  
Tcc Ufrr

Administrado medicação das 18hs  
Gm. Tici Rosário



N 401-3 M

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	26/11/2019	DN	
PACIENTE		COSMO MORAIS SOUSA			
DIAGNÓSTICO		FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA + NECROSE PDD			
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	LEITO	401-3	DATA	02/11/2019	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				manter
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				30
4	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12 18 24 06
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 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				rotacion
12	SSVV + CCGG 6/6H				rotacion
13					
14	SOLICITO NOVOS EXAMENS				OK
15					
16					
<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ; 351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.					
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA E CURATIVO EM PÉ D					
# PRE					
 Dr. Jesus Arce Lopez Aguirre CRM-RR 566					
<b>SINAIS VITAIS</b>					
6 H	PA	FC	FR	DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
12 H					
18 H					
24 H					



De 31/05/23  
Adm. medicacao  
Cpm  
FARM. SUPR. 1970  
Aux. de Farmácia  
COREN RR 252.974-MAX

38. Adm. medicacao e  
Segun. aos cuidados  
do eq. de enferme  
ger.





# PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: 401  
NOME: Corno homi. Pavi Corno Moura de Sousa  
IDADE: 41 REGISTRO: \_\_\_\_\_  
BLOCO: D ENFERMARIA: 401 LEITO: 03  
UTI: \_\_\_\_\_ EMERGÊNCIA: \_\_\_\_\_

DE: ORTOPEDIA PARA: CARPOPELITE

Dados Clínicos:  
Paciente é portador de HbS  
Solicita placa cirúrgica  
02/12/19  
Data  
Dr. Jesus A. Lopes Aguiar  
CRM-R 566  
Médico

02/12/19 18:30  
# Rubeo Amarelo Cardiológico  
# Cirurgia Correção de fratura em MIO  
# HPL: mega comorbidades, mega alergias, boa cicatrização e coagulação (sic); HF negat DAC; DSL?, ex tabagista (há 1 ano), etilista leve.  
Ao exame - eufórico, corado, assintomático  
ACV - RER, RT, SNF e sopros PA=110x70mmHg FC=89bpm.  
AR - MVA, sem PA  
ABO - fleicido, indolo  
MHII - sem colunas, MIO fratura (distal).  
GR. DISCRETA CD: Aguardo laboratório / ECG / RXT  
Aguardar exames e resultados.  
1/1  
Data  
Médico



Lab (29/11) - cancelado  
RXT - o nome não encontrado  
ECG - não encontrado no prontuário e não encontrado



+

401-3

m

 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> 					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	26/11/2019	DN	
PACIENTE		COSMO MORAIS SOUSA			
DIAGNÓSTICO		FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA + NECROSE PDD			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	401-3	DATA	03/12/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				SN
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				10h / 20h
4	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12h / 24h
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
8	TRAMAL 100MG + SFD, 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				retirar
12	SSVV + CCGG 6/6H				retirar
13					
14	SOLICITO NOVOS EXAMENS				
15					
16					
<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ; 351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

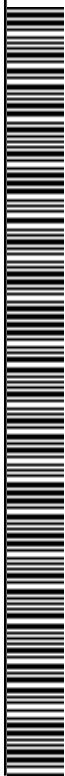
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA E CURATIVO EM PÉ D

# PRE

*Carlos Brigue La Rosa*  
Médico  
CRM-RR 153

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					



as 24 hs demonstrando melhora  
de ita (4) clindamicina. CP.M.  
Rafael





## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR		Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <i>Leandro M. Souza</i>		Letto: <i>4033</i>	Data: <i>03/12/19</i>		

Localização			Região: <i>M. T. D.</i>			Região: _____
Etiologia	Grau: I ( ) II (2) ( ) L.P. 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 ( ) Serososanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:					
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: <i>AGE</i>					
Troca	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h					
Profissional que realizou procedimento:	<i>Revisado</i> <i>Liberto</i> <i>Leandro M. Souza</i>					
Observações:						



M 401-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	26/11/2019	DN	
PACIENTE COSMO MORAIS SOUSA					
DIAGNÓSTICO FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA + NECROSE PDD					
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO	401-3	DATA	04/12/2019	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				manter
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				10h
4	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12h 18h 24h
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				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				manter
12	SSVV + CCGG 6/6H				manter
13					
14	SOLICITO NOVOS EXAMENS				manter
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:					
<p>#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.</p> <p># EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA E CURATIVO EM PÉ D</p> <p># PRE</p>					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR	DR AUGUSTO CAVALCANTE	
12 H				CRM-RR 1964	
18 H				RESIDENTE EM ORTOPEDIA E	
24 H				TRAUMATOLOGIA	

as 18h foi adm  
medicação de  
item 4





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Data: ____/____/20		Enfermaria: _____	
Nome Completo: _____		Leito: _____	
Hipótese Diagnóstica: _____			
Precaução: ( ) Sim ( ) Não ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos			
Alergia: ( ) Sim ( ) Não Qual(is): _____		Sexo: ( ) F ( ) M	
Paciente Indígena: ( ) Sim ( ) Não Necessidade de intérprete? ( ) Sim ( ) Não		Qual idioma: _____	
Possui acompanhante: ( ) Sim ( ) Não Obs: _____			
Deambulação: ( ) Normal ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Comprometida			
SISTEMA NEURÓLOGICO			
( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Não Reage ( ) Alterações: _____			
PUPILAS		REGULAÇÃO TÉRMICA	
( ) Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midriáticas ( ) Afebril ( ) Febril ( ) Hipertérmico		( ) Alterações: _____	
( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes			
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
( ) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia ( ) Aspiração			
Oxigenoterapia: ( ) Sim ( ) Não Qual: _____			
SISTEMA CARDIOVASCULAR		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico ( ) Normotensão ( ) Distendido ( ) Glóboso		( ) Pulsos Cheios ( ) Filiformes ( ) Arritmico Ruidos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente	
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____		Alterações: _____	
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
( ) Espontânea ( ) SVO ( ) Fralda ( ) Uropen ( ) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT		( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Cistostomia Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial	
( ) Irrigação contínua ( ) Outros: _____		Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia	
CARACTERÍSTICAS DA PELE		Alterações: _____	
( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Normocorada ( ) Ictérica ( ) Anictérica		Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente	
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 constipação ( ) Risco de integridade da pele prejudicada ( ) Eliminação urinária prejudicada	
( ) Risco de desequilíbrio do volume ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ( ) Comunicação deficiente		( ) Volume de líquidos excessivo ( ) Padrão de sono prejudicado	
( ) Volume de líquidos deficiente ( ) Déficit no autocuidado para Higiene			
Escala de Morse		Prescrição de Cuidado Prev Quedas	
1. Histórico de Queda		6. Estado Mental	
Não 0 Orientado/limitado/conhece as limitações		0 ( ) Manter grades laterais elevadas	
Sim 25 Superestima capacidade/Esquece limitação		15 ( ) Identificar o risco de queda na placa de identificação	
2. Diagnóstico Secundário		TOTAL: _____	
Não 0 Risco Baixo: 0 - 24		( ) Auxiliar o paciente na higiene	
Sim 15 Risco Médio: 25 - 44		( ) Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama	
3. Terapia Endovenosa/dispositivo calinizado		( ) Manter cama com rodas travadas	
Não 0 Risco Alto: Maior que 45		( ) Necessidade de contenção ao leito	
Sim 20 Sinalização do Risco: _____		( ) Manter vigilância de ____ horas	
4. Auxílio na Deambulação		( ) Calçado seguro nos pés	
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 ( ) Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem		( ) Material de uso pessoal ao alcance da mão	
Muleta/Bengala/Andador 15 ( ) Risco registrado na placa de identificação leito			
Mobiliário Parede 30			
5. Marcha/Deambulação		Registro Geral: _____	
Normal/Sem deambulação/Acamado 0			
Frac 10			
Comprometida/Cambaleante 20			

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: \_\_\_\_\_



401-3

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA		HGR	
DATA DE ADMISSÃO		DIH	26/11/2019	DN	
PACIENTE		COSMO MORAIS SOUSA			
DIAGNÓSTICO		FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA + NECROSE PDD			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	401-3	DATA	05/12/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				manter
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				20
4	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				22 24 06
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				SN
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				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				retirar
12	SSVV + CCGG 6/6H				retirar
13					
14	SOLICITO NOVOS EXAMENS				Atenuar
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,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.					
# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA E CURATIVO EM PÉ D					
# PRE					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR	DR AUGUSTO CAVALCANTE	
12 H				CRM-RR 1964	
18 H				RESIDENTE EM ORTOPEDIA E	
24 H				TRAUMATOLOGIA	

Administrado medicamentos item 021

medicamento  
AUX. DE  
COREN



## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas -  
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

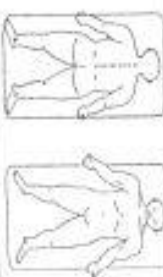
Paciente:

Cosme Moura Souza

Leito: 401-3

Data: 05/12/2019

Localização



Região: MID

Grau: I ( ) II (X)

Etiologia

( ) LPI I II III IV 7\* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular  
( ) Trauma: Tração X Fator Externo ( ) Ortopedia  
( ) Outro:

Aparência do

Leito

( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização  
( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros  
( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema/Rubor  
( ) Outro:

Pele Perifoneal

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

Tipo de Exsudato

( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco  
( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Seco  
( ) Outro:

Quantidade de

Exsudato

( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco  
( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Alcool 70%  
(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%

Limpeza

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

Cobertura

primária

Troca

( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h  
(X) Diário ( ) 48/48h

Profissional que

realizou

procedimento:

Renata Silva Rodrigues  
CORRENAR 415212-AELarissa Alves  
CORRENAR 507 79511EAdonide Vieira Araújo  
Técnico em enfermagem  
CORRENAR 507 79511ERenata Silva Rodrigues  
CORRENAR 415212-AELarissa Alves  
CORRENAR 507 79511EAdonide Vieira Araújo  
Técnico em enfermagem  
CORRENAR 507 79511E

Observações:



401-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	26/11/2019	DN	
PACIENTE		COSMO MORAIS SOUSA			
DIAGNÓSTICO: FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA + NECROSE PDD					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE		LEITO	401-3	DATA	06/12/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIMPA				SND
2	AVP				manter
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				10
4	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12 18
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 2X AO DIA				SN
8	TRAMAL 100MG 1CP 100MG EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				SN
9	MEDICINA 1 GOTA V.O. 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 MG 1X AO DIA CAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				retener
12	SSVV + CCGG 6/6H				retener
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
<p>SE DIABÉTICO, INJEÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), COM DOSE DE 200-250, 400, 251-300, 400, 301-350, 600, 351-400, 800, 1000 UI E OUT GLICOSE ≤ 70 DM/L, GLICOSE 50% 40 ML EV 1X AVIAR PLANTONISTA.</p>					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
<p># ENCONTRO COM O PACIENTE DEBILITADO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.</p> <p># EXAME FÍSICO: BFC, FDR, FRC, FRCO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HILATADO, SEM SINAIS DE FÍSTULA EXTERNO EM PERNA DIREITA E CURATIVO EM PÉ D.</p> <p># PRE</p>					
SINAIS VITAIS:					
6 H	PA	T	FR	DR AUGUSTO CAVALCANTE	
12 H				CRM-RR 1964	
18 H				RESIDUÁRIO EM ORTOPEDIA E	
24 H				TRAUMATOLOGIA	







HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/HLI

Eu Carla Maria de Souza CPF nº \_\_\_\_\_

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguara justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguara;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmo que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de auditar, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 06 de 12 de 20 19.

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, 06 de 12 de 20 19. Hora: 11:00

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura/crimbo do Médico Regulador

Dr. André Luiz de Mello  
Médico  
CRM 11.419/2006





**HOSPITAL DAS CLÍNICAS Dr. WILSON FRANCO**  
**RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL**  
**GERAL DE RORAIMA/HGR**

DATA: 26/11/19  
PACIENTE: Cosmo Nóbrega, Suci DN: 1/1  
DIAGNÓSTICO(S): Fratura Externa Tibia Pério  
PECHOLO 700cm/mast  
DIH: 11/11/19  
KANBAM: Dieta:  
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA / / ): Hb: Ht: Ur: Cr:  
Leuc: Seg: Plaquetas:  
Na: K: Ca: Cl: PO<sub>2</sub>: PCO<sub>2</sub>:  
HCO<sub>3</sub>: PH: BE:  
EAS:  
CULTURAS ( / / ):

**IMAGEM**

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA / / ): Hb: Ht: Ur: Cr:  
Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:  
Cl: HCO<sub>3</sub>: PH: BE: PO<sub>2</sub>: PCO<sub>2</sub>:  
EAS  
IMAGEM

**ANTIBIÓTICO**

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

**TERAPIA INSTITUÍDA:**

Do Pront Socio  
Debidus cecops

**EVOLUÇÃO CLÍNICA:**

Do e Honec Hguzt pt 1  
Fevr

Boa Vista 26 de 11 de 2019 Hora:

Assinatura/carimbo do Médico Assistente CRM: 1

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/carimbo do Médico CRM: 1

Assinatura/carimbo do Médico CRM 1405

Regulada 81 entrada pelo PAAR.





NOME:

Cosmo Moni

RECEBUEIRO

LAUDO MONI

Dr. Cosmo

Intervista de Tomazom

©. com Alexia Xosho

por Tom Cosmo Xosho de

Tomazom. no

monito

DATA 11/07/20

CLÍNICA ESPECIALIZADA DORONEL MOTA  
Rua Coronel Mota, 539 - Centro - Boa Vista - RR  
CEP: 69.301-100 - CNPJ: 04.013.408/0001-00

Assinado digitalmente por Paulo Sergio de Souza  
Data: 25/06/2020 10:17  
Certificado: 12003





ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"



## FICHA DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

Bloco: 119-2

### I - DADOS DO PACIENTE:

DESCONHECIDO: ( ) SIM ( ) NÃO ENTRADA: 03/11/2019  
OBS: (COR/RAÇA, ESTATURA, VESTIMENTA....)

### II - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Cezario de Menezes Sousa  
DATA DE NASCIMENTO: 06/03/70 IDADE: 49 anos  
SEXO: ( ☒ ) FEM. ( ) MASC. TELEFONE: \_\_\_\_\_  
NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_ NATURALIDADE: Mangão MA  
ENDEREÇO: Av. dos 10 de julho,  
Nº 534 BAIRRO: Penha CIDADE: Alto Alegre  
ACOMPANHANTE NA UNIDADE: \_\_\_\_\_  
PARENTESCO: \_\_\_\_\_ CONTATO: 99172.2723  
POSSUI DOCUMENTOS: ( ) SIM ( ) NÃO  
APRESENTA ALGUMA DEFICIÊNCIA: ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, QUAL? \_\_\_\_\_  
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ( ) SIM ( ) NÃO  
( ) BPC ( ) APOSENTADORIA ( ) AUXÍLIO DOENÇA ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

### III - CONDUTA PROFISSIONAL/ACOMPANHAMENTO:

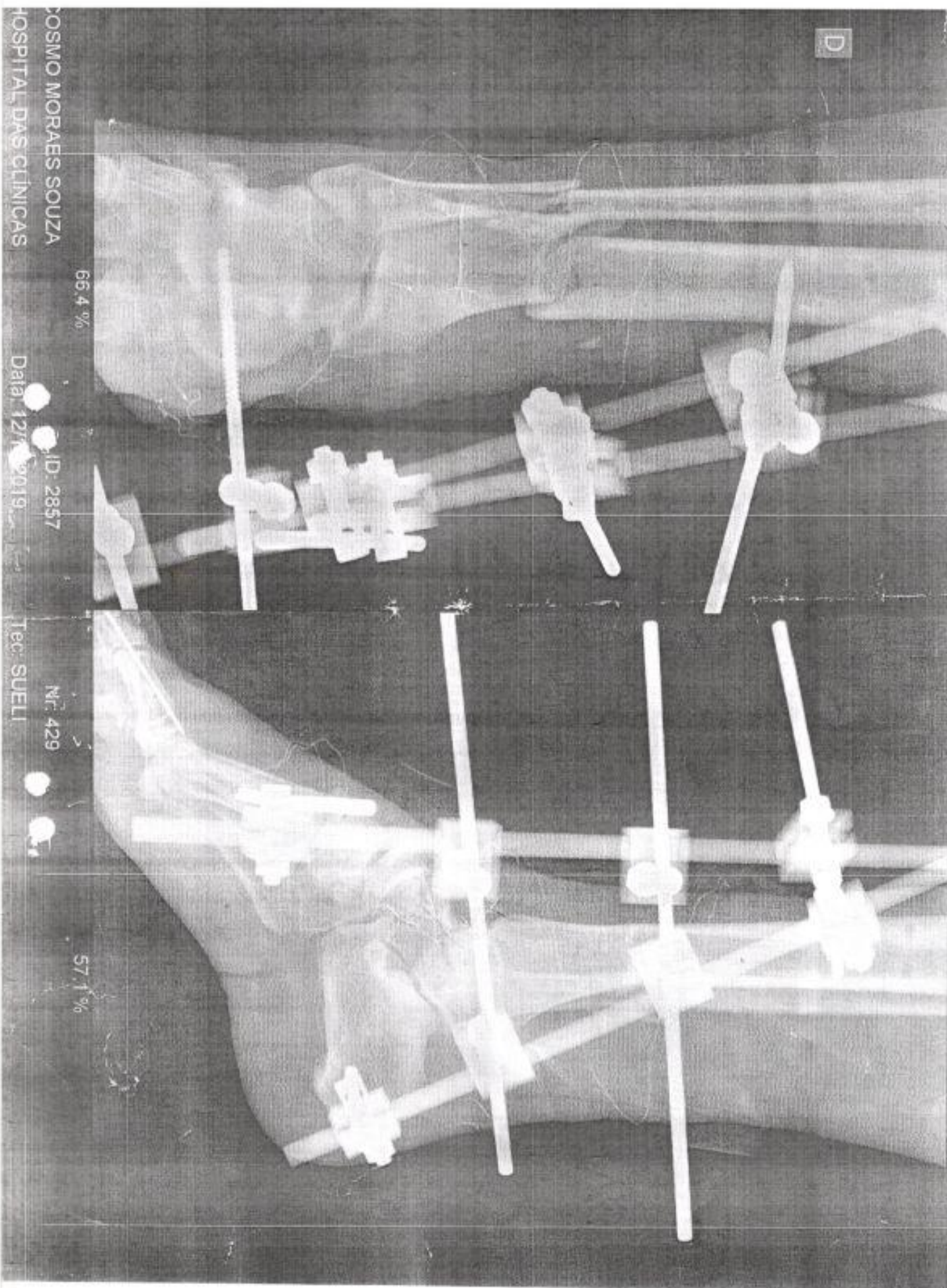
Paciente vítima de acidente de trânsito. Aguardando  
cirurgia. Realizado acolhimento. Contato telefônico  
sem êxito.

Maria do Rosário Prado Cordeiro  
Assistente Social  
CRESS 0086-27ª Região/RR

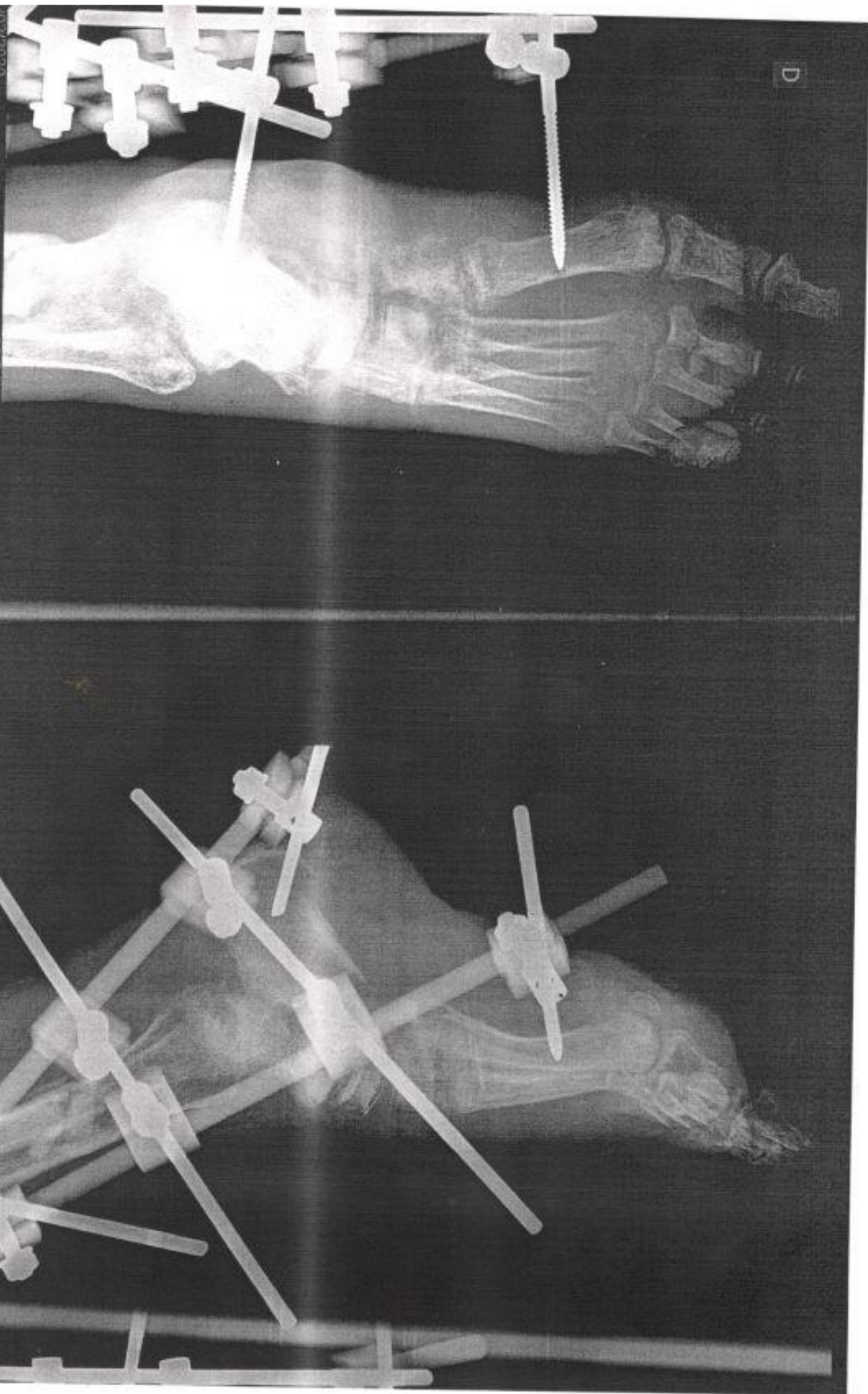
Paciente recebe visitas ao prison, Ser familiares  
(991457029). Será sua referência durante  
a internação.

Maria do Rosário Prado Cordeiro  
Assistente Social  
CRESS 0086-27ª Região/RR









D

10/2/2020

COSMO MORAIS SOUSA

HOSPITAL CORONEL MOTA

62.5 %

1606

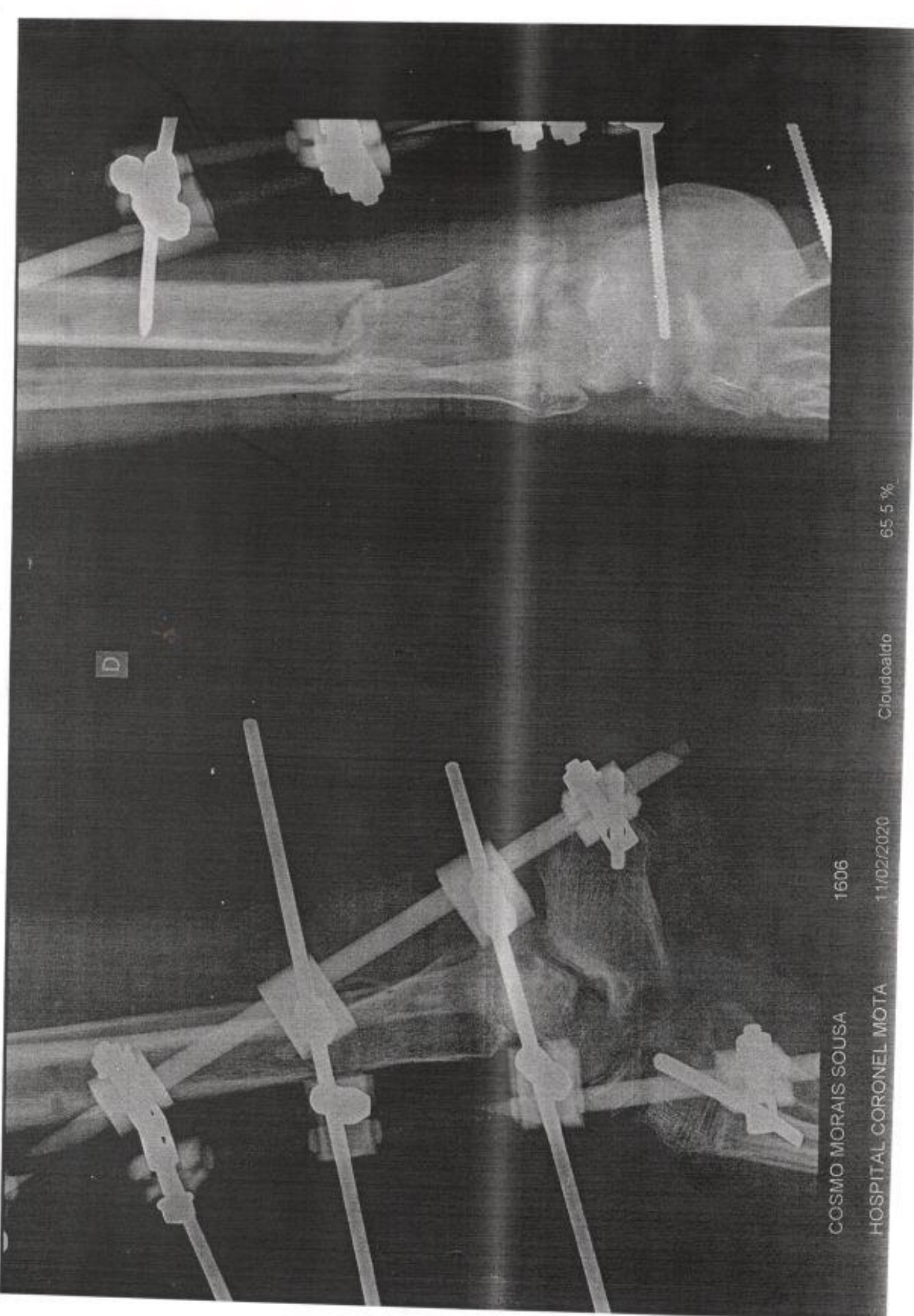
11/02/2020

Cloudealdo

58.0 %









**SINISTRO 3200163904 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA COSMO MORAIS SOUSA**

**COBERTURA Invalidez**

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

**GENTE SEGURADORA S/A**

**BENEFICIÁRIO COSMO MORAIS SOUSA**

**CPE/CNPJ: 57753652249**

**Posição em 20-05-2020 11:05:52**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

<b>Data do Pagamento</b>	<b>Valor da Indenização</b>	<b>Juros e Correção</b>	<b>Valor Total</b>
13/05/2020	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25



25/06/2020: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO.

Data: 25/06/2020

Movimentação: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO

Complemento: 5ª Vara Cível

Por: SISTEMA CNJ



25/06/2020: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR.

Data: 25/06/2020

Movimentação: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR

Complemento: Registro de Distribuição

Por: SISTEMA CNJ



25/06/2020: RECEBIDOS OS AUTOS.

Data: 25/06/2020

Movimentação: RECEBIDOS OS AUTOS

Por: SISTEMA CNJ



Data: 25/06/2020

Movimentação: CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL

Por: SISTEMA CNJ



01/07/2020: DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS .

Data: 01/07/2020

Movimentação: DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS

Por: DANIEL DAMASCENO AMORIM DOUGLAS

Relação de arquivos da movimentação:

- Decisão





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**5ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - Centro - Boa Vista/RR - Fone: (95) 3198-4719 - E-mail: Scivelresidual@tjrr.jus.br

Proc. n.º 0816377-69.2020.8.23.0010

Intime-se o autor para, **no prazo de 15 dias, emendar a inicial** nos seguintes termos, **sob pena de indeferimento da inicial** e cancelamento da distribuição:

- Juntar documentos que comprovem, ao menos aprioristicamente, o grau de invalidez permanente total ou parcial ou laudo do IML (art. 5º, §5º, da Lei 6194/1974).

Boa Vista, 1/7/2020.

**DANIEL AMORIM**

Juiz de Direito

(Assinado Digitalmente - Sistema CNJ - PROJUDI)





03/07/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 03/07/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de COSMO MORAIS SOUSA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS (01/07/2020)

Por: Eduardo Quezado do Nascimento Araújo



Data: 10/07/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição
- DOCS
- KIT SEGURADORA LIDER



2732602- C3/ 2020-02503/ INVALIDEZ



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

PROCESSO: 08163776920208230010

**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 **COSMO MORAIS SOUSA**, 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 **03/01/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **05/02/2020**.

A parte autora OMITE o fato de ter ingressado com o pedido administrativo, tendo recebido o valor conforme a legislação vigente.

Ressalta-se que a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na esfera administrativa, no importe de **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)** sendo este valor correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada.



Repita-se que o pagamento administrativo realizado foi de acordo com percentual indenizável para as supostas lesões suportadas pela parte autora, segundo a graduação da repercussão sobre a importância máxima segurada, em total consonância com o parecer médico pericial.

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

### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

#### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

### **DO MÉRITO**

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

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

<sup>2</sup>[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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

---

<sup>3</sup>“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)





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200163904 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: COSMO MORAIS SOUSA Data do acidente: 03/11/2019 Seguradora: Companhia de Seguros  
Previdência do Sul

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

Data da análise: 07/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.4,7)  
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento  
faltante:

Apontamento do Laudo  
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO TORNOZELO DIREITO

Documentos  
complementares:

Observações: DOCUMENTOS NO ANEXO 1 DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICO NÃO PERTENCEM A VÍTIMA DESTE SINISTRO

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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

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

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

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

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



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

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

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria 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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

#### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **03/01/2020**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).**





BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	13/05/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.531,25

---

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

CLIENTE: COSMO MORAIS SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02084-2

CONTA: 000000019520-0

---

Nr. Autenticação

BRADESCO1305202005000000000023702084000000019520253125 PAGO

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 parciais<sup>4</sup>.

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 STJ<sup>5</sup>.

---

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

<sup>5</sup>**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."





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

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

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

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

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

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

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

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

#### **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 pátrios<sup>6</sup>, 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.

<sup>6</sup>“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).



### **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 citação<sup>7</sup>.

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 ação<sup>8</sup>

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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

### **CONCLUSÃO**

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

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

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

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários 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:

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

<sup>8</sup>**art. 1º. (...)**

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



- 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, 1 de julho 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**

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





## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **COSMO MORAIS SOUSA**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08163776920208230010.

Rio de Janeiro, 1 de julho de 2020.

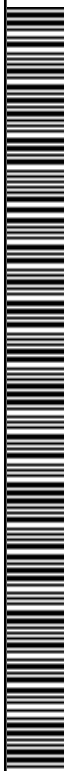


JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

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





Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8T7 6V3R7 KKFHU W4USK





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127682/20

**Vítima:** COSMO MORAIS SOUSA

**CPF:** 577.536.522-49

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/11/2019

**Titular do CPF:** COSMO MORAIS SOUSA

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

#### COSMO MORAIS SOUSA : 577.536.522-49

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/04/2020  
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA  
CPF: 475.628.463-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

RAIMUNDO NONATO SILVA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200163904 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** COSMO MORAIS SOUSA **Data do acidente:** 03/11/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros  
Previdência do Sul

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

**Data da análise:** 07/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.4,7)  
ALTA

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO TORNOZELO DIREITO

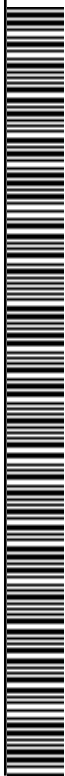
**Documentos  
complementares:**

**Observações:** DOCUMENTOS NO ANEXO 1 DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICO NÃO PERTENCEM A VÍTIMA DESTE SINISTRO

**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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação		Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação	
Secretaria de Estado da Saúde		Hospital Geral de Roraima - PAQR / PSFE		Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		Vermelho		Vermelho	
Laranja		Laranja		Amarelo		Verde		Azul Ass	
2001204873	03/01/2020 09:41:19	FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MÉDICA				DIURNO 07-19 69			
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
COSMO MORAIS SOUSA		06/03/1970		49 A 9 M 28 D		704605148741327		57753652249	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo	
IDENTIDADE		1385154		SSP/MA				M	
Mãe		EXPEDITA MORAIS SOUSA		Estado Civil		Raça/Cor		Naturalidade	
				SOLTEIRO		APARDA		MONCAO - MA	
Endereço		AVENIDA - 1 DE JULHO, S/N - 531 - CENTRO - ALTO ALEGRE - RR		Pai		NC		Contato	
								(95) 99172-2723	
								Ocupação	
								GARÇOM	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
SPA - PRONTO ATENDIM		URGÊNCIA							
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por		Peso	
PRONTO ATENDIMENTO		DEMANDA ESPONTANEA				KERYLEN LORRAYNA		Prossão	
Queixa Principal									
Anamnese de Enfermagem									
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ h)									
Exame Físico									
Hipótese Diagnóstica									
SADT - Exames Complementares									
PRESCRIÇÃO									
APRAZAMENTO									
OBSERVAÇÃO									
Condição									
óbito									
Assinatura do Paciente ou Responsável									
Carimbo e Assinatura do Médico									





*Paar*

**SUS** Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

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

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **PAAR**

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **PAAR**

4 - CNES:

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE: **Osme Moraes Alun**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: **176496**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **710141005114871413127**

8 - DATA DE NASCIMENTO: **06/03/70**

9 - SEXO: ☒ Masc ☐ Fem **3**

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **Expedito Moraes souza**

11 - TELEFONE DE CONTATO: **959911722723**

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **Av. Os de julho 531 centro**

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Cabo de Buena Vista**

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: **1**

15 - UF: **RN**

16 - CEP: **64350970**

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: **Fx após do pcr + nervoso olo olo**  
**2º PDS @**

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: **Ureter**

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): **Exa In - 1 P+**

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **desobstrução de 2º PDS @**

21 - CID 10 PRINCIPAL:

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA:

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

28 - DOCUMENTO:

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **Dr. Vitor**

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **03/01/2020**

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **03/01/2020**

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - Nº DO BILHETE:

38 - SÉRIE:

39 - CNPJ EMPRESA:

40 - CNAE DA EMPRESA:

41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

47 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - Cód. Órgão Emissor:

45 - DOCUMENTO:

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **BRH**

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006



BOLETIM OPERATÓRIO

Cauê Maurício Souza

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 09/11/20

O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Ponto de DDH com agulha e fio;
2. AA + CCE;
3. LMC Glocortina + desbridamento + colocação de FE em ponto D + Sutura + Curativos;
4. A RPA.

Assinado digitalmente  
em 10/07/2020 às 10:30:11

Dr. João Roberto  
Ortopedista Traumatologista  
CRM-RR 12431 RGE 550

João Roberto  
CRM-RR 2007





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

499

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Cosmo Morais Sousa		119-02	1901181902	03/11/19	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Fixação Externa de Tornozelo Direito.		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		16:50	19:25		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	Res. Pablo	ANESTESISTA:	Dr. Fabron		
1º AUXILIAR	Res. Fernando	RES. ANESTESIA:	Res. Marcos		
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
TIPO DE ANESTESIA: Raque		CIRCULANTE	Elizangela F. Hilma		
		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500 ml	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
2	LUVA ESTERIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
3	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
2	LUVA ESTERIL 8.0		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO MONONYLON Nº 2.0 + 1	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
✓	LÂMINA BISTURI Nº 24			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		<input checked="" type="checkbox"/>	SURGICEL Atadura de crepom	
	SERINGA 03ML		1	CERA P/OSSE Jelco nº 18	
2	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº Equipe macrogel	
2	SERINGA 10ML		5	GEOFOAM E/bridas	
3	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA coater 02	
			1	OUTROS: Agulha P/ raque	

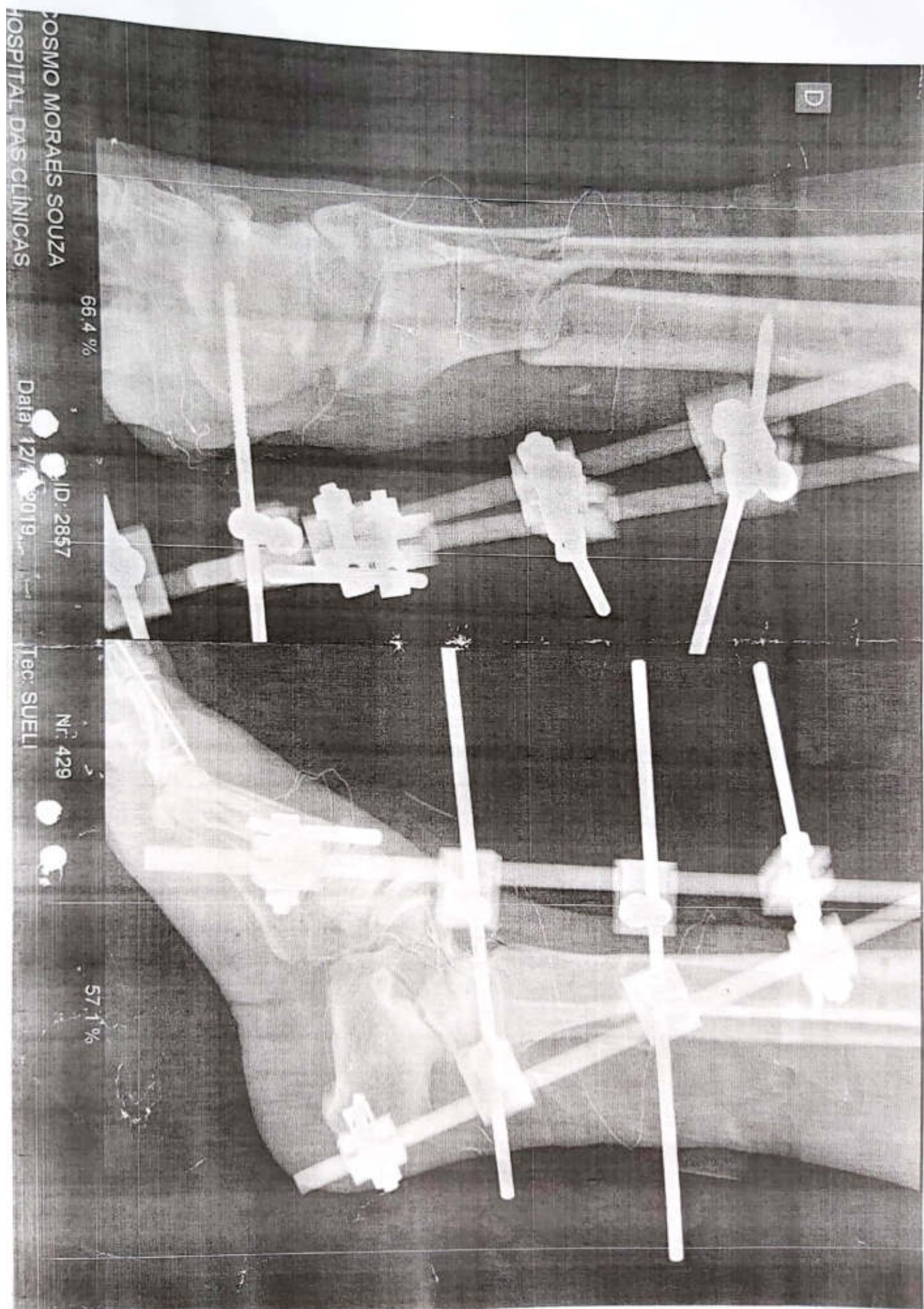
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	Suellen e Erika	SUB- TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO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





SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ESPOLITANTE				4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				7 - SEXO	
Cosmo morais Sousa				M	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
7046051148241327				06/03/70	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
Expedita morais Sousa					
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
Alto Alegre				RR	
15 - UF				16 - CEP	
RR					
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Acidente com fratura exposta de fêmur, com lesão e hemorragia no local					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
fratura exposta de fêmur					
21 - CID 10 PRIMÁRIO 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCIÁRIO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Procedimento cirúrgico de fratura de fêmur					
25 - CLÍNICA 26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
27 - DOCUMENTO 28 - Nº DOCUMENTO (CONGEP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
07/11/19					
31 - ASSINATURA E CARIMBO (B) DO REGISTRO DO CONSELHO					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
32 - ACIDENTE DE TRABALHO					
33 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
36 - VINCILO COM A PREVIDÊNCIA					
37 - EMPREGADO 38 - EMPREGADOR 39 - AUTÔNOMO 40 - DESEMPREGADO 41 - SAO SEGURO 42 - NÃO SEGURO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - Nº DOCUMENTO (CONGEP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
46 - ASSINATURA E CARIMBO (B) DO REGISTRO DO CONSELHO					
04/5040035					
R02					
5828					
V299					

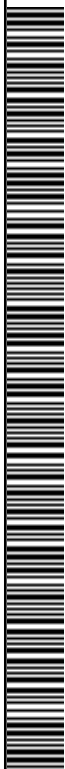
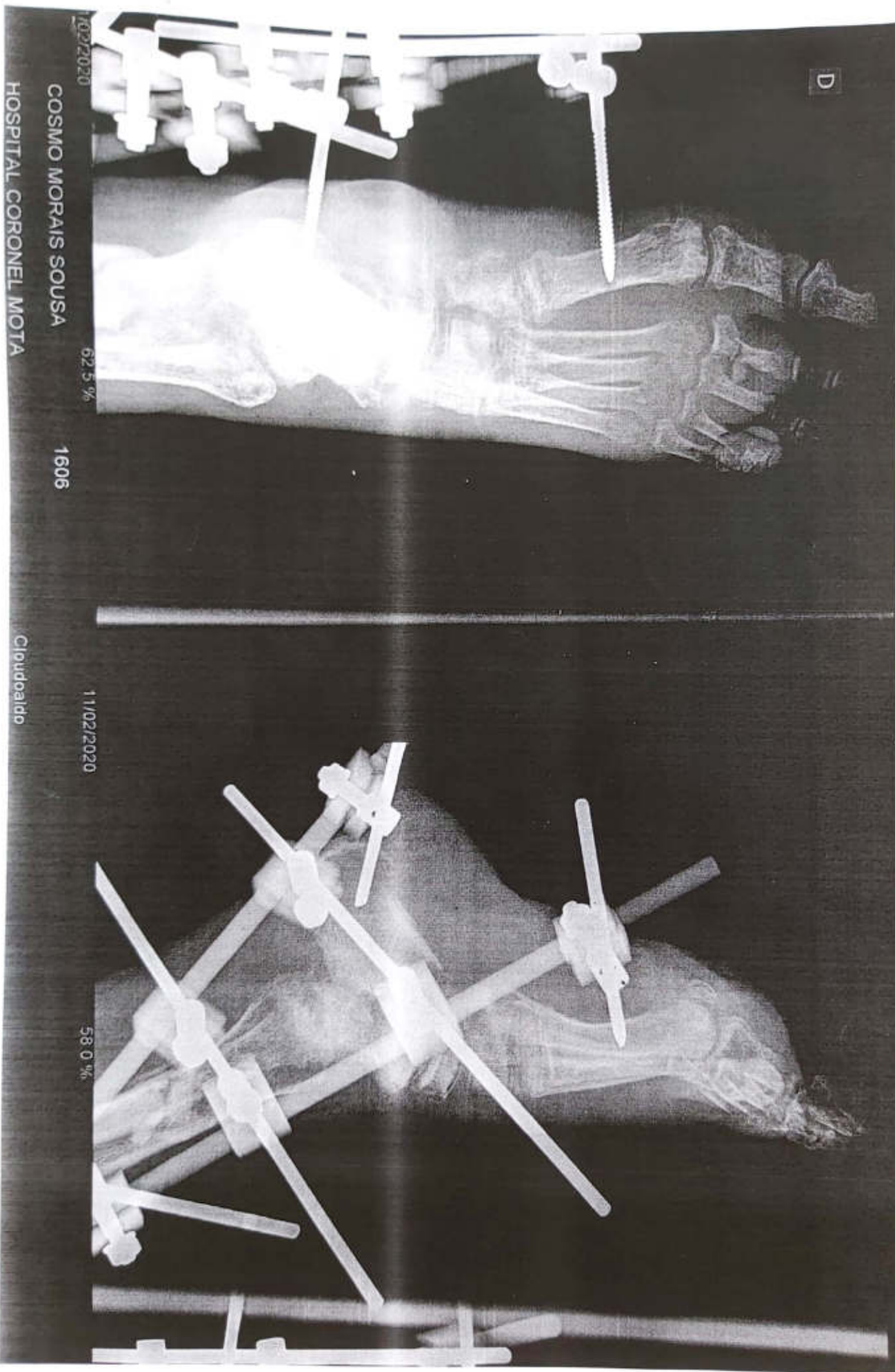




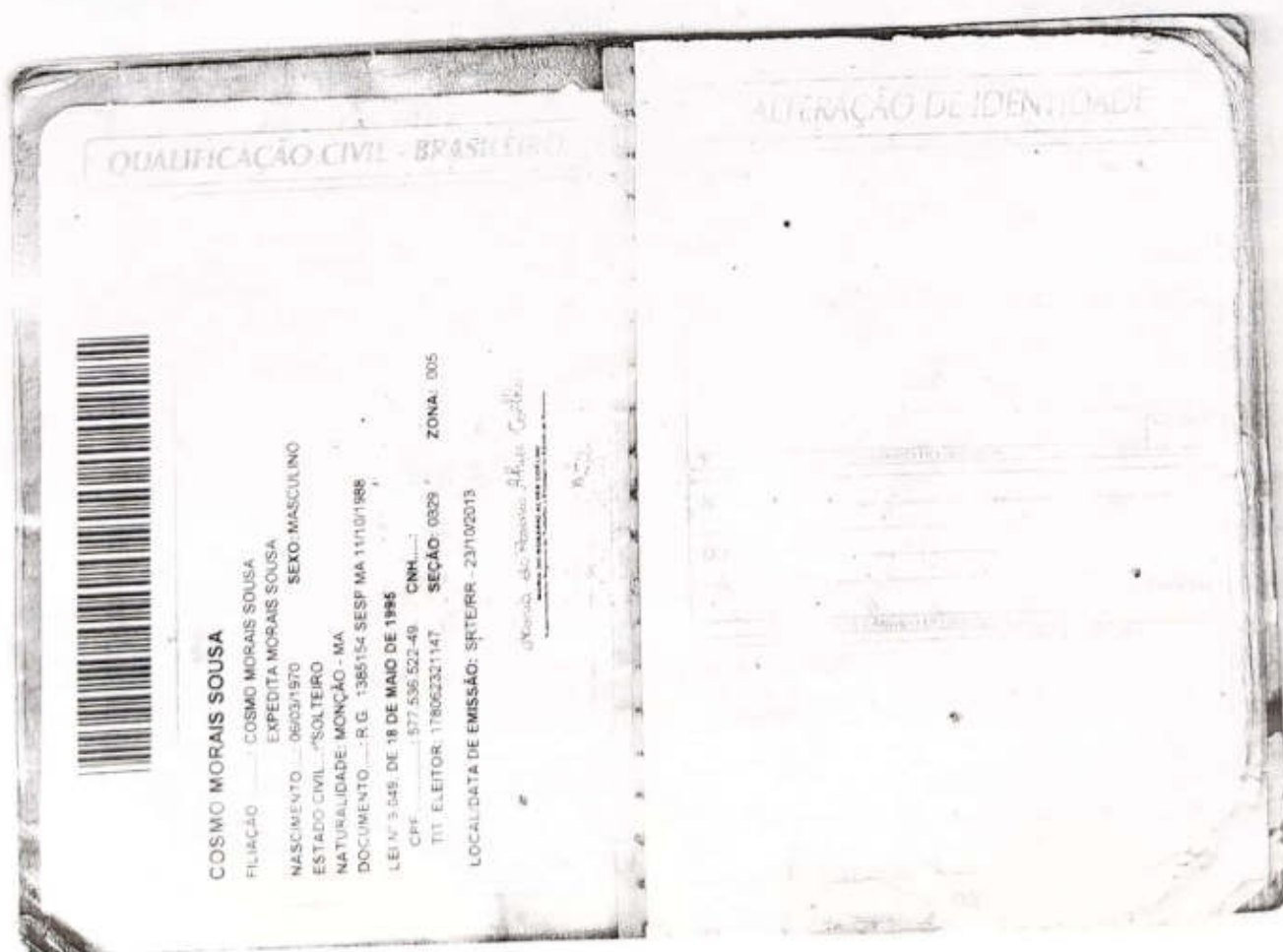
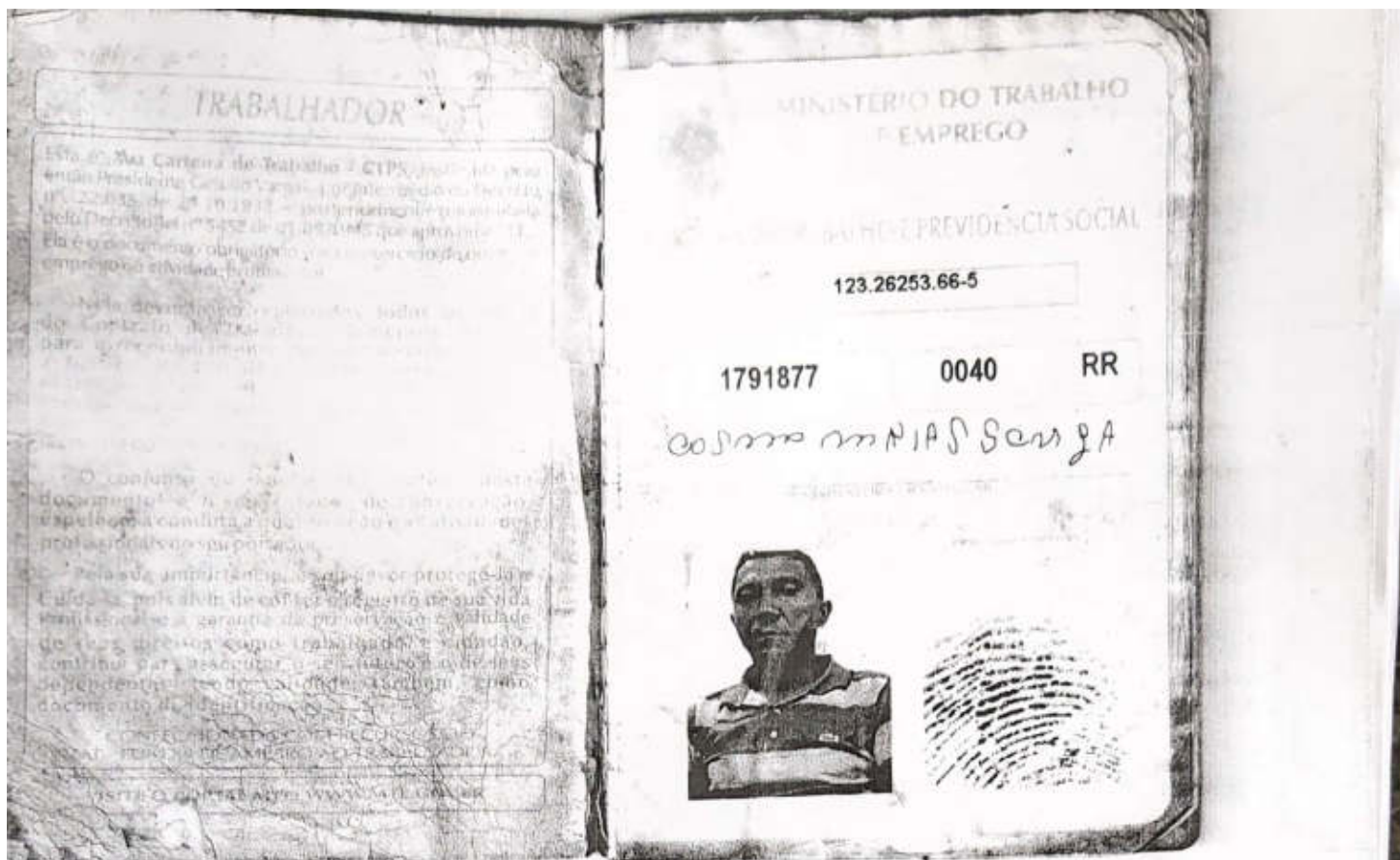
Digitalizado com C













REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

DETRAN - RJ  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 015746366495

01 00816094594

2017

MARIA FRANCISCA ARAUJO REIS

696.865.132-72

PLACA NAO7350

9C2HA07104R013109

HONDA/C100 BIZ ES

2P/0097CC/

PARTE UNICA

PARTE UNICA

VERDE

2003

2004

\*ISENTO\*

\*\*\*\*\*

1º \*\*\*\*\*

2º \*\*\*\*\*

3º \*\*\*\*\*

R\$0.7 R\$185.5

SEM RESERVA DE DOMINIO \* PROIB SAIR DA A  
RAZ OCIDENTAL DETRAN - RJ LEILAO 06/17 LBT

EDA VIGIA-RJ

17/11/2017

RR Nº 015746366495 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT.  
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO DATA EMISSAO  
2017 17/11/2017

01 96.015.132-72

00816094594

HONDA/C100 BIZ ES

2003

9C2HA07104R013109

PREMIO TARIFARIO

R\$81.29

R\$9.03

R\$90.33

R\$4.15

R\$0.7

R\$185.5

X COTA UNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITACAO

SEGURODORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.240.608/0001-00

015746366495

21828620624

JUL 2017



RAIMUNDO NOMATO SILVA  
357035-5  
28/01/2016  
15/09/1968  
YANGELINA PEREIRA SILVA  
YARGEN GRANDE - MA  
CERTO MASC 2560 FLS 7 LIV A 43  
YARGEN GRANDE - MA  
475.628.463-91  
3 VTA  
AMADRU ROCHA TRIANI  
P. 7

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO BRASIL  
Poiegar Direito  
Raimundo Nomato Silva  
ASSINATURA DO TITULAR  
CAPITULO DE IDENTIDADE



... Guia de Atendimento 17 ...

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação: ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.:  
Reclassificação: ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.:  
Reclassificação: ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.:  
Reclassificação: ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.: *Uto Ute Tot*

1901171436 08/10/2019 14:28:36 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 14

Paciente: **WERVETON DA SILVA CAETANO** Data Nascimento: **15/11/1996** Idade: **22 A 10 M 23 D** CNS: **704805092326840** CPF: **02587288258** Prontuário

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade  
**IDENTIDADE 4188624 SSPRR M SOLTEIRO (APARDA BOA VISTA - RR BRASILEIRA**

Mãe: **MARIA L SILVEIRA DA SILVA** Pai: **OSMAR DOS SANTOS** Contato: **(95) 99111-5311**

Endereço: **RUA - LAURA PINHEIRO MAIA - 2945 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR** Ocupação: **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco: Plano Convênio: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal

Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: Procedência: Temp. Peso Pressão

Setor: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol.: Registrado por: **EDLANA.BRIGLIA**

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) *paciente acidentado com lesão no membro superior direito e lesão no membro inferior direito*

Exame Físico: *COXA D. com fratura*

Hipótese Diagnóstica: *fratura de fêmur*

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>Fratura de fêmur (E)</i>		

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revella ☒ Transferência para: *Ortopedia* ☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação 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: ediana.briglia Data Hora: 08/10/2019 14:29:49

1901171436



NIR  
transf. 10/10/19 Anexo I

 **SUS** Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

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

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 2 - CNES \_\_\_\_\_  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE \_\_\_\_\_ 4 - CNES \_\_\_\_\_

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE Wenderson da Silva Cardoso 6 - Nº DO PRONTUÁRIO 175792  
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 704805092326840 8 - DATA DE NASCIMENTO 05/11/96 9 - SEXO Masc. 1 Fem. 3  
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Maria L Silveira da Silva 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_  
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua Laura Pinheiro e Maia, 2945, Hélio Campos  
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BV 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO RIR 15 - UF \_\_\_\_\_ 16 - CEP \_\_\_\_\_

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Fratura diagnóstica de fêmur (L)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Tratamento Cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura diagnóstica de fêmur Exposto 21 - CID 10 PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 22 - CID 10 SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Ortopedia 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_  
26 - CLÍNICA Ortopedia 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO \_\_\_\_\_ 28 - DOCUMENTO \_\_\_\_\_ 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE \_\_\_\_\_  
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Joelma 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 06/10/19 32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Fernando Rezende  
Medico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2007

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 36 - CNPJ DA SEGURADORA \_\_\_\_\_ 37 - Nº DO BILHETE \_\_\_\_\_ 38 - SÉRIE \_\_\_\_\_  
39 - CNPJ EMPRESA \_\_\_\_\_ 40 - CNAE DA EMPRESA \_\_\_\_\_ 41 - CBOR \_\_\_\_\_  
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_ 44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ 45 - DOCUMENTO \_\_\_\_\_ 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_ 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 8/10/19 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_ 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0308010019  
T068  
5773  
W445







NIR  
transf: 10/10/19 Anexo I

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

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

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
2 - CNES  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE: Wanderlan da Silva Cardoso  
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 175792  
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 704805092326840  
8 - DATA DE NASCIMENTO: 05/11/96  
9 - SEXO: Masc. ☒ 1, Fem. ☒ 3  
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Maria de Silveira da Silva  
11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE  
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua Laura Pinheiro e Maia, 2945, Hélio Campos  
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: BV  
14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO: RIR  
15 - UF  
16 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
Fratura diagnóstica de fêmur (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
Tratamento Cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  
RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura diagnóstica de fêmur esquerdo  
21 - CID 10 PRINCIPAL  
22 - CID 10 SECUNDÁRIO  
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Ortopedia  
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
26 - CLÍNICA  
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF  
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Joelma  
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 06/10/19  
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):  
Dr. Fernando Rezende  
Medicina Especialista em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 2007

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO  
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO  
36 - CNPJ DA SEGURADORA  
37 - Nº DO BILHETE  
38 - SÉRIE  
39 - CNPJ EMPRESA  
40 - CNAE DA EMPRESA  
41 - CBO  
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR  
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF  
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 8/10/19  
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  
0308010019  
T068  
S 2773  
U4499



NIR  
transf: 10/10/19 Anexo I

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

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

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 2 - CNES \_\_\_\_\_

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE \_\_\_\_\_ 4 - CNES \_\_\_\_\_

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE Wanderlan da Silva Calmon 6 - Nº DO PRONTUÁRIO 175792

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 704805092326840 8 - DATA DE NASCIMENTO 05/11/96 9 - SEXO Masc. 1 Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Maria L. Silveira da Silva 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua Laura Pinheiro, Maia, 2945, Hélio Campos 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BV 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ 15 - UF RJ 16 - CEP \_\_\_\_\_

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Fractura do fêmur de Jm (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Tratamento Cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fractura do fêmur de Jm 21 - CID 10 PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 22 - CID 10 SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Osteossíntese 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_

26 - CLÍNICA Ortopedia 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO \_\_\_\_\_ 28 - DOCUMENTO ( ) CHS ( ) CPF \_\_\_\_\_ 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE \_\_\_\_\_

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Fernando Rezende 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO \_\_\_\_\_ 32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE \_\_\_\_\_



NIR  
Transf: 10/10/19 Anexo I

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

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

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
2 - CNES  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE: Wanderlan da Silva Cabral  
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 175792  
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 204805092326840  
8 - DATA DE NASCIMENTO: 25/11/96  
9 - SEXO: Masc ☒ 1 Fem ☐ 3  
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Maria da Silveira da Silva  
11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE  
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua Laura Pinheiro da Maia, 2945, Hélio Campos  
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: BV  
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: RIR  
15 - UF  
16 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Fratura diagnóstica de fêmur (F)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Tumoramento Cirurgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura diagnóstica de fêmur esquerdo  
21 - CID 10 PRINCIPAL  
22 - CID 10 SECUNDÁRIO  
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Ortopedia  
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
26 - CLÍNICA  
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF  
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Joelma  
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 08/10/19  
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Fernando Rezende  
Medico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2007

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO  
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO  
36 - CNPJ DA SEGURADORA  
37 - Nº DO BILHETE  
38 - SÉRIE  
39 - CNPJ EMPRESA  
40 - CNAE DA EMPRESA  
41 - CBOR  
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR  
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF  
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 8/10/19  
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0308010019  
T068  
5273  
U499



112-12

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

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ DIH: 16/08/2019 DN: \_\_\_\_\_

PACIENTE: Wilmington da Silva Cardoso

DIAGNÓSTICO: FXúmero Diáfise do (E)

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

HAS: \_\_\_\_\_ DM2: \_\_\_\_\_

LEITO: \_\_\_\_\_ DATA: 08/10/21

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ML EV	<del>ABORT</del>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN 21
5	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN 01:40
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5	SN
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	<del>06</del>
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	-SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	SN
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
20	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
21	CURATIVO DIÁRIO	REALIZAR

Dr. Fernando Rezende  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 2807

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, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM QUEIXAS ALGICAS.

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H	139x86	93		36,8°C

06h | 150x98

72

36,8°C

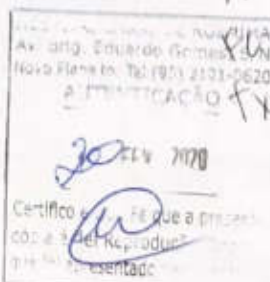
MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PA= 120x100 mmHg

85 bpm

36,6°C

Blocos A-70











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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0100 77111 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

A Circular SUSEP 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 COAF\*

\* Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, seguro de vida e resseguro.

\* Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar sanções administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.034/95.

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 475.628.463 / 91  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário COSMO MORAIS SOUSA  
(a) no CPF sob o nº 577.536.922 / 49 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da vítima COSMO MORAIS SOUSA inscrito (a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_  
determinação da Circular Susep 445/12;  
☒ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar


Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.  
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Rua: 05		Numero	121	Complemento	
Cidade	Cidade Satélite	Cidade	Boa Vista	Estado	RR	CEP	09.317-402
E-mail	nonatosilva638@gmail.com			Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)		
				(95) 99114-4021			

Boa Vista, RR de Abril de 2020  
Local e Data


Raimundo Nonato Silva  
Assinatura do Declarante



 <b>COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA</b> CNPJ: 05.939.467/0001-15 Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610 FONE GERAL: 2121-2200		<b>CONTA DE ÁGUA</b> <b>ATENDIMENTO</b> <b>0800 280 9520</b>			
<b>MÊS/ANO:</b> 04/2020		<b>VENCIMENTO:</b> 15/05/2020	<b>MATRÍCULA:</b> 00099358.1		
<b>RAIMUNDO NONATO SILVA</b> <b>RUA 05, NUM, 00121</b> <b>CIDADE SATELITE</b> <b>BOA VISTA RR 69317-471</b> <b>INSCRIÇÃO:</b> 001.031.031.0130.000 <b>ROTA:</b> 05.1970					
<b>CATEGORIA</b> RESIDENCIAL	<b>ECONOMIAS</b> 1	<b>HIDRÔMETRO</b> A10F198348	<b>VOL FATURADO</b> 10	<b>DESCRIÇÃO</b> REAL	<b>Nº DA CONTA</b> 16541842
<b>DT. LEITURA ANT.</b> 06/03/2020	<b>DT. LEITURA ATUAL</b> 04/04/2020	<b>DIAS DE CONSUMO</b> 29	<b>LEITURA ANT.</b> 1839	<b>LEITURA ATUAL</b> 1839	<b>MÉDIA</b> 0
<b>MÊS/ANO</b> 03/2020	<b>CONS.</b> 0	<b>MÊS/ANO</b> 02/2020	<b>CONS.</b> 0	<b>MÊS/ANO</b> 01/2020	<b>CONS.</b> 0
<b>MÊS/ANO</b> 12/2019	<b>CONS.</b> 0	<b>MÊS/ANO</b> 11/2019	<b>CONS.</b> 0	<b>MÊS/ANO</b> 10/2019	<b>CONS.</b> 0
<b>DESCRIÇÃO</b>					
<b>CONSUMO POR FAIXA</b>					
<b>VALORES (R\$)</b>					
ÁGUA 0 M3 23,93					
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA 19,06					
MULTA P/IMPONTUALIDADE 02/2020 0,85					
O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.					<b>TOTAL A PAGAR</b> 43,74
<b>PRazo PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO</b>					
<b>Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor</b>					
<b>Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição</b>					
<b>DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M</b>					
<b>Amostras</b>	<b>Cloro</b>	<b>Turbidez</b>	<b>Cor</b>	<b>C. Totais</b>	<b>E. Coli</b>
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-
<b>Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região</b>					
<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>					
<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>					
<b>INSCRIÇÃO</b> 001.031.031.0130.000	<b>MÊS/ANO</b> 04/2020	<b>GRUPO</b> 17	<b>TOTAL A PAGAR</b> 43,74	<b>ROTA</b> 05.1970	





 <b>COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA</b> CNPJ: 05.939.467/0001-15 Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610 FONE GERAL: 2121-2200		<b>CONTA DE ÁGUA</b> <b>ATENDIMENTO</b> <b>0800 280 9520</b>	
<b>MÊS/ANO:</b> 04/2020		<b>VENCIMENTO:</b> 15/05/2020	<b>MATRÍCULA:</b> 00099358.1
<b>RAIMUNDO NONATO SILVA</b> <b>RUA 05, NUM, 00121</b> <b>CIDADE SATELITE</b> <b>BOA VISTA RR 69317-471</b> <b>INSCRIÇÃO:</b> 001.031.031.0130.000			
<b>ROTA:</b> 05.1970			
<b>CATEGORIA</b> RESIDENCIAL	<b>ECONOMIAS</b> 1	<b>HIDRÔMETRO</b> A10F198348	<b>VOL FATURADO</b> 10
<b>DT. LEITURA ANT.</b> 06/03/2020		<b>DT. LEITURA ATUAL</b> 04/04/2020	
<b>MÊS/ANO</b> 03/2020		<b>MÊS/ANO</b> 02/2020	
<b>CONS.</b> 0		<b>CONS.</b> 0	
<b>DIAS DE CONSUMO</b> 29		<b>LEITURA ANT.</b> 1839	
<b>LEITURA ATUAL</b> 1839		<b>MÉDIA</b> 0	
<b>MÊS/ANO</b> 03/2020		<b>MÊS/ANO</b> 02/2020	
<b>CONS.</b> 0		<b>CONS.</b> 0	
<b>DT. LEITURA ANT.</b> 06/03/2020		<b>DT. LEITURA ATUAL</b> 04/04/2020	
<b>MÊS/ANO</b> 03/2020		<b>MÊS/ANO</b> 02/2020	
<b>CONS.</b> 0		<b>CONS.</b> 0	
<b>CONSUMO POR FAIXA</b>			
<b>VALORES (R\$)</b>			
<b>ÁGUA</b>			
<b>ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA</b>			
<b>MULTA P/IMPONTUALIDADE 02/2020</b>			
<b>0 M3</b>			
<b>23,83</b>			
<b>19,06</b>			
<b>0,85</b>			
<b>O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.</b>			<b>TOTAL A PAGAR</b>
			<b>43,74</b>
<b>PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO</b>			
<b>Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor</b>			
<b>Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição</b>			
<b>DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M</b>			
<b>Amostras</b>	<b>Cloro</b>	<b>Turbidez</b>	<b>Cor</b>
<b>C. Totais</b>	<b>S. Coli</b>		
Exigidas	-	-	-
Analisadas	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-
<b>Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região</b>			
<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>			
<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>			
<b>INSCRIÇÃO</b> 001.031.031.0130.000	<b>MÊS/ANO</b> 04/2020	<b>GRUPO</b> 17	<b>TOTAL A PAGAR</b> 43,74
		<b>ROTA</b> 05.1970	
<b>82690000000-9 43740004001-4 00099358101-6 04202080003-5</b>			





Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASI:		3 - CPF da vítima: 533.536.522-49	4 - Nome completo da vítima: Cosmo morais Sousa
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: Cosmo morais Sousa		6 - CPF: 533.536.522-49	
7 - Profissão: Recusou	8 - Endereço: Rua - 05 NUM	9 - Número: 121	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Cidade Satellite	12 - Cidade: Boa Vista	13 - Estado: RR	14 - CEP: 69.317.471
15 - E-mail: monatoSilva638@gmail.com	16 - Tel.(DDD): 95		17 - Tel.(DDD): 991144021
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 A R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 A R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)			
<input type="checkbox"/> CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Bradesco			
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>		AGÊNCIA: 2081 <input type="text"/> CONTA: 19520 <input type="text"/>	
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			
<input checked="" type="checkbox"/> 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:			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li><li>• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li><li>• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li></ul>			
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.			
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
25 - Grau de Parentesco com a vítima		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - NÃO ALFABETIZADO		35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)		37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	
38 - 1ª Nome: CPF:		Assinatura da testemunha	
39 - 2ª Nome: CPF:		Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data: Boa Vista 20/04/20		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		43 - Assinatura do Procurador (se houver)	





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ALTO ALEGRE - ALTO ALEGRE - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005366/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/02/2020 09:17 Data/Hora Fim: 05/02/2020 09:54  
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 05/02/2020  
Delegado de Polícia: Wesley Costa de Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia de Alto Alegre  
Data/Hora do Fato: 03/11/2019 12:35

Local do Fato

Município: Alto Alegre (RR)  
Bairro: ZONA RURAL  
Logradouro: VICINAL QUE DE ACESSO DA COMUNIDADE RAIMUNDÃO 1, FAZ. SANTA  
Complemento: CASA CEP: 69.350-000  
Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: COSMO MORAES SOUSA (VÍTIMA, COMUNICANTE)  
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 06/03/1970 Idade: 49 anos  
Naturalidade: MA - Pindaré-Mirim Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Expedita Moraes Sousa  
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 577.536.522-49

Endereço

Município: Alto Alegre - RR  
Logradouro: RUA UNIÃO Nº: S/N  
Complemento: RUA  
Bairro: CENTRO CEP: 69.350-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

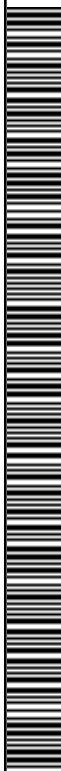
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição HONDA/C 100 BIZ ES	CPF/CNPJ do Proprietário 696.865.132-72
Placa NAO7350	Renavam 00816094594
Número do Motor HA07E14013109	Número do Chassi 9C2HA07104R013109
Ano/Modelo Fabricação 2004/2003	Cor VERDE
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/C100 BIZ ES	Modelo HONDA/C100 BIZ ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade



Delegado de Polícia Civil: Wesley Costa de Oliveira  
Impresso por: João Livamar Rodrigues Pinho  
Data de Impressão: 05/02/2020 09:55  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ALTO ALEGRE - ALTO ALEGRE - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005366/2020

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Última Atualização Denatran 17/11/2017

Nome Envolvido

Cosmo Moraes Sousa

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

SENHOR DELEGADO, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA, O SENHOR ACIMA QUALIFICADO PARA RELATAR QUE, NO DIA 03/11/2019, TRAFEGAVA NA RUA UNIÃO(ALTO ALEGRE) EM SUA MOTOCICLETA HONDA BIZ/C100, ANO DE FAB.2003/ MOD. 2004, VERDE, PLACA NAO7350, CHASSI 9C2HA07104R013109, (EM NOME MARIA FRANCISCA ARAUJO REIS) QUANDO FOI ATINGIDO POR UM VEICULO(CAMIONETE) QUE NÃO PRESTOU SOCORRO. QUE A VÍTIMA FRATUROU O PÉ DIREITO, CONFORME LAUDOS.

ASSINATURAS

João Livamar Rodrigues Pinho

Agente de Polícia  
Matrícula 042000599

Responsável pelo Atendimento

Cosmo Moraes Sousa

(Comunicante / Vítima)

"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 dei origem, conforme prevista nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Wesley Costa de Oliveira  
Impresso por: João Livamar Rodrigues Pinho  
Data de Impressão: 05/02/2020 09:55  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Digitalizado com C





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

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200163904

Vítima: COSMO MORAIS SOUSA

Data do Acidente: 03/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), COSMO MORAIS SOUSA

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

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

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

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: COSMO MORAIS SOUSA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000002084-2

Conta: 0000019520-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASI:		3 - CPF da vítima: 533.536.522-49	4 - Nome completo da vítima: Cosmo morais Sousa
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: Cosmo morais Sousa		6 - CPF: 533.536.522-49	
7 - Profissão: Recusou	8 - Endereço: Rua - 05 NUM	9 - Número: 121	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Cidade Satellite	12 - Cidade: Boa Vista	13 - Estado: RR	14 - CEP: 69.317.471
15 - E-mail: monatoSilva638@gmail.com	16 - Tel.(DDD): 95		17 - Tel.(DDD): 991144021
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 A R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 A R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)			
<input type="checkbox"/> CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Bradesco			
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>		AGÊNCIA: 2081 <input type="text"/> CONTA: 19520 <input type="text"/>	
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			
<input checked="" type="checkbox"/> 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:			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li><li>• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li><li>• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li></ul>			
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.			
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
25 - Grau de Parentesco com a vítima		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - NÃO ALFABETIZADO		35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):	
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):		37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):	
38 - 1ª   Nome: CPF:		Assinatura da testemunha	
39 - 2ª   Nome: CPF:		Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data: Boa Vista 20/04/20		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Cosmo morais Sousa	
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):		43 - Assinatura do Procurador (se houver): Raimundo recusou Silva	





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

Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200163904

Vítima: COSMO MORAIS SOUSA

Data do Acidente: 03/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), COSMO MORAIS SOUSA

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

Carta nº 15743017

Pag. 00315/00316 - carta\_01 - INVALIDEZ



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ6WA FY5WK 5Z3NJ X8U6B



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA


FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE  
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
BANCO: 237            AGÊNCIA: 2373-6            CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/05/2020  
NUMERO DO DOCUMENTO:  
VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: COSMO MORAIS SOUSA  
  
BANCO: 237  
AGÊNCIA: 02084-2  
CONTA: 000000019520-0

Nr. Autenticação  
BRADESCO1305202005000000000023702084000000019520253125    PAGO

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ6WA FY5WK 5Z3NJ X8U6B





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127682/20

**Número do Sinistro:** 3200163904

**Vítima:** COSMO MORAIS SOUSA

**CPF:** 577.536.522-49

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

**Data do acidente:** 03/11/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** COSMO MORAIS SOUSA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/05/2020

Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA

CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/05/2020

Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127682/20

**Vítima:** COSMO MORAIS SOUSA

**CPF:** 577.536.522-49

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

**Data do acidente:** 03/11/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** COSMO MORAIS SOUSA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

#### COSMO MORAIS SOUSA : 577.536.522-49

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/04/2020  
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA  
CPF: 475.628.463-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

RAIMUNDO NONATO SILVA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: COSMO MORAIS SOUSA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: RECURSO  
RG: 138.5154 SSP/RR CPF: 522.536.522-49 ENDEREÇO: RUA/AV. RUA 05, Nº 121  
BAIRRO: Cidade SATELITE CIDADE: Bom Vista /RR  
CEP 69.317-471

VÍTIMA: COSMO MORAIS SOUSA  
CPF: 522.536.522-49 DATA DO ACIDENTE: 03/11/19  
NATUREZA: ( ) DAMS (X) INVALIDEZ ( ) MORTE

### OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: RECURSO  
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016  
Nº CPF: 475.628.463-91  
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

### PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transgír, 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.



Alto Alegre, 05 de fevereiro de 2020

Cosmo morais souza  
Assinatura

### Reconhecimento por autenticidade.

Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de:

(1) COSMO MORAIS SOUSA

Alto Alegre/RR, 05 de fevereiro de 2020.

SELO TJRR: RECIR138253R6HCZTVB8K1BM1

Data/Hora: 05/02/2020 12:01:50, Total: R\$ 4,50

Emolumentos: R\$ 2,45, FECCOM: R\$ 0,10, FISCALIZAÇÃO:

R\$ 0,10, FUNDEJURR: R\$ 0,25, ISS: R\$ 0,10, Selo: R\$

1,50. Consulte em <https://cidadao.portalselorr.com.br>.

JANAINA DA SILVA MACIEL - auxiliar de cartório



Janaina da Silva Maciel  
Auxiliar de Cartório





Presidência da República  
Secretaria de Micro e Pequena Empresa  
Secretaria de Racionalização e Simplificação  
Departamento de Registro Empresarial e Integração  
Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

NIRE (DA SEDE OU DA FILIAL QUANDO A SEDE FOR EM OUTRA UF)

33.3.0028479-6

Type: **Text**

**Sociedade anônima**

### Don't be Entrepreneurial

Normal

### NO An Dentonin

00-2018/017153-4

26/01/2018 - 10:52:13

**JUCERJA**

Último Arquivamento:

00003131301 - 18/12/2017

NIRE: 33.3.0026479-6

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Boletim(s): 102595004

Hash: ECC52023-D73D-4232-8033-7CC99430A9D4

Órgão	Calculado	Pago
Junta	570,00	570,00
DREI	21,00	21,00

**REQUERIMIENTO**


Ilmo Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**

requer a v. sa o deferimento do seguinte ato:

[illegible]

## Representante legal da empresa

Local	Nome:	
	Assinatura:	
	Telefone de contato:	
Data	E-mail:	
	Tipo de documento:	Híbrido
	Data de criação:	24/01/2018
	Data da 1ª entrada:	



00-2018/017153-4

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO D0003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECF8FFD5CF68740F233K496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 2/13





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



**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.**

NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

**ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
REALIZADA EM 14 DE DEZEMBRO DE 2017**

**1. DATA, HORA E LOCAL:** Aos 14 (quatorze) dias do mês de dezembro de 2017, às 10 horas, na Rua da Assembleia, nº 100 - 26º andar – Sala de Reunião do Conselho de Administração, na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

**2. CONVOCAÇÃO:** Os membros do Conselho de Administração foram convocados por correio eletrônico enviado em 07 de dezembro de 2017.

**3. PRESENÇA:** Presentes os conselheiros titulares: Roberto Barroso, Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre, Rosana Techima Salsano, Ivan Luiz Gontijo Júnior, Alfredo Lalia Neto, Marcelo Goldman, Bernardo Dieckmann, João Gilberto Possiede, Nicolás Jesus Di Salvo, Paulo de Oliveira Medeiros, João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo e Paulo Augusto Freitas de Souza, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia. Presentes, ainda, os conselheiros suplentes Leonardo F. Semenovitch, Sidney Aparecido Pariz, Anderson Fernandes Peixoto e Maurício Bernardes, que, por força da presença dos respectivos Conselheiros titulares, atenderam à reunião sem direito a voto nas matérias da ordem do dia, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia.

**4. MESA:** Presidente: Roberto Barroso; Secretária: Isabella Maria Azevedo da Cunha.

**5. ORDEM DO DIA:** deliberar sobre:

- (i) reeleição de Diretores Estatutários; e
- (ii) eleição de membro para o Comitê de Auditoria.

**6. DELIBERAÇÕES:** Iniciados os trabalhos pelo item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, reeleger para um mandato de 01 (um) ano os seguintes membros da Diretoria da Companhia: (a) **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor Presidente da Companhia; (b) **HELIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor sem designação específica da

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do  
Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 1 de 3

*CR* *Lucas*

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 33.3.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CPDE4B56AFAD5ECPBFFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucec.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 3/13



JUCEC RJ  
Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro



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



Companhia; e (c) **CRISTIANE FERREIRA DA SILVA**, brasileira, solteira, securitária, titular do documento de identidade nº 16.482.014-0, expedido pela SSP-SP, inscrita no CPF/MF sob o nº 060.179.048-09, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretora sem designação específica. A posse dos diretores ora eleitos dar-se-á mediante assinatura do respectivo termo no livro de atas da Diretoria Executiva da Companhia, permanecendo nos respectivos cargos até a investitura dos seus sucessores. Os Diretores ora eleitos aceitaram e declararam, sob as penas da lei, que não estão impedidos de exercer o comércio ou a administração de sociedade mercantis em virtude de condenação criminal, tampouco estão impedidos, por lei especial, ou condenados por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, não estando incurso em quaisquer dos crime previstos em lei ou nas restrições legais que possam impedi-los de exercer atividades mercantis, em desacordo com o disposto no art. 37, inciso II, da Lei nº. 8.934, 18 de dezembro de 1994 e no art. 147 da Lei nº. 6.404, de 15 de dezembro de 1976, ciente de que qualquer declaração falsa importará em responsabilidade criminal. Os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, retirar o item (ii) da ordem do dia de pauta. Em decorrência do item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, rerratificar as funções específicas perante à SUSEP atribuídas aos membros da Diretoria Executiva, conforme segue. Deixa-se de atribuir as funções de que tratam os itens 1.2.1.5, 1.2.1.6, e 1.2.1.7, da Carta Circular nº 1/2016/Susep-Cgrat, tendo em vista inexistirem as referidas atividades na Companhia:

N	MEMBRO	RCA	MANDATO	FUNÇÃO ESPECÍFICAS PERANTE À SUSEP
1	José Ismar Alves Tôres	14.12.2017	13.12.2018	Diretor Presidente
2	Helio Bitton Rodrigues	14.12.2017	13.12.2018	sem função específica
3	Cristiane Ferreira da Silva	14.12.2017	13.12.2018	Diretor responsável técnico (Circular SUSEP nº 234/03 e Resolução CNSP nº 321/15) (executiva ou operacional)
4	Milton Bellizia	15.02.2017	14.02.2018	Diretor responsável pelas relações com a SUSEP (executiva ou operacional)
				Diretor responsável administrativo-financeiro (executiva ou operacional)
				Diretor responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade (executiva ou operacional)
5	Andrea Louise Ruano Ribeiro	15.02.2017	14.02.2018	Diretor responsável pelo cumprimento do disposto na Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998 (Circulares SUSEP nº 234/03 e 445/12) (fiscalização ou controle)
				Diretor responsável pelos controles internos (fiscalização ou controle)
				Diretor responsável pelos controles internos específicos para a prevenção contra fraudes (fiscalização ou controle)

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 2 de 3

*Ch* *Luc*

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56APADE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 4/13





Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT  
Tel 21 3861-4600 [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
Rua Senador Dantas 74, 5º andar  
Centro, Rio de Janeiro CEP 20031-205



**7. ENCERRAMENTO, LAVRATURA, APROVAÇÃO E ASSINATURA DA ATA:** Nada mais a ser tratado, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata em forma de sumário dos fatos ocorridos e que, após lida e achada correta, foi aprovada e assinada por todos os conselheiros presentes.

**8. ASSINATURAS:** A presente ata foi assinada por: Roberto Barroso – Presidente (ass.), Isabella Maria Azevedo da Cunha – Secretária (ass.), Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre (ass.), Rosana Techima Salsano (ass.), Ivan Luiz Gontijo Junior (ass.), Alfredo Lalia Neto (ass.), Marcelo Goldman (ass.), Bernardo Dieckmann (ass.), João Gilberto Possiede (ass.), Nicolás Jesus Di Salvo (ass.), Paulo de Oliveira Medeiros (ass.), João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo (ass.) e Paulo Augusto Freitas de Souza (ass.).

Certifico que a presente é cópia fiel da Ata original lavrada no Livro de Atas do Conselho de Administração da Companhia.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
Roberto Barroso  
Presidente

  
Isabella Maria Azevedo da Cunha  
Secretária

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 3 de 3

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA30E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag: 5/13





**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.  
NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04**

**LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA**

**TERMO DE POSSE**

**JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Rua Presidente Alfonso Lopes, nº 25, apto 402 – Lagoa, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22071-050, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
**JOSE ISMAR ALVES TORRES**

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 06-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 8/13





**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.  
NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04**

**LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA**

**TERMO DE POSSE**

**HÉLIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Rua Visconde de Pirajá, 228, apto 203, Ipanema, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22410-000, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
**HÉLIO BITTON RODRIGUES**

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo: Pag. 10/13







14

ISSN 1677-7042

Diário Oficial da União - Seção 1

Nº 16, terça-feira, 23 de janeiro de 2018

**PORTARIA Nº 755, DE 22 DE JANEIRO DE 2018**

O DIRETOR SUBSTITUTO DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência delegada pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n.º 4.523, de 30 de maio de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 36 do Decreto-Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966 e o que consta do processo Susep 15414.6236142/2017-50, resolve:

Art. 1º Aprovar as seguintes deliberações tomadas pelas reuniões de ALM SEGURADORA S.A. - MICROSEGURADORA, CNPJ n.º 33.348.000/01-01, com sede na cidade do Rio de Janeiro - RJ, na assembleia geral extraordinária realizada em 26 de junho de 2017.

I - Aumento do capital social em R\$ 490.168,90, elevando-o para R\$ 1.155.591,81, o qual em 179.246.592 ações ordinárias nominativas, sem valor nominal;

II - Reforma do estatuto social.

Art. 2º Reverter para o patrimônio de R\$ 180.140,60 do aumento de capital subscrito deverá ser integralizado até 30 de junho de 2018.

Art. 3º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO DOS SANTOS

**PORTARIA Nº 756, DE 22 DE JANEIRO DE 2018**

O DIRETOR SUBSTITUTO DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência delegada pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n.º 4.523, de 30 de maio de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 36 do Decreto-Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966 e o que consta do processo Susep 15414.6236142/2017-50, resolve:

Art. 1º Aprovar a eleição de administradores de SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT S.A., CNPJ n.º 09.348.000/01-04, com sede na cidade do Rio de Janeiro - RJ, conforme deliberado no relatório do conselho de administração realizada em 14 de dezembro de 2017.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO DOS SANTOS

**PORTARIA Nº 757, DE 22 DE JANEIRO DE 2018**

O DIRETOR SUBSTITUTO DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência delegada pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n.º 4.523, de 30 de maio de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 36 do Decreto-Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966, encaminhada com o artigo 3º da Lei Complementar n.º 124, de 14 de janeiro de 2007 e o que consta do processo Susep 15414.6236142/2017-50, resolve:

Art. 1º Aprovar a eleição de membros do comitê de auditoria de IRB BRASIL RESEGUROS S.A., CNPJ n.º 33.348.000/01-01, com sede na cidade do Rio de Janeiro - RJ, conforme deliberado no relatório do conselho de administração realizada em 26 de maio de 2017.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO DOS SANTOS

**RETIFICAÇÃO**

No artigo 1º da Portaria Susep/Direp n.º 721, de 2 de janeiro de 2018, publicada no Diário Oficial da União, de 3 de janeiro de 2018, página 168, artigo 1, item III, "... na reunião do conselho de administração realizada em 1º de novembro de 2017", leia-se: "... na assembleia geral extraordinária realizada em 1º de novembro de 2017."

**Ministério da Indústria,  
Comércio Exterior e Serviços**

**INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA,  
QUALIDADE E TECNOLOGIA**

**PORTARIA Nº 38, DE 19 DE JANEIRO DE 2018**

O PRESIDENTE DO INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA, QUALIDADE E TECNOLOGIA - INMETRO, no uso de suas atribuições, conferidas no § 3º do art. 4º da Lei n.º 5.966, de 11 de dezembro de 1973, nos incisos I e IV do art. 3º da Lei n.º 9.933, de 20 de dezembro de 1999, e no inciso V do art. 18 da Emenda Constitucional n.º 14, de 18 de maio de 2012, que aprova o Regulamento para o Transporte Rodoviário de Produtos Perigosos:

Considerando a Portaria Inmetro n.º 16, de 14 de janeiro de 2018, que aprova o Regulamento de Avaliação da Conformidade para o Transporte de Produtos Perigosos (CIPP), aplicável somente à modalidade de transporte de tanques de carga rodoviários;

Considerando a Portaria Inmetro n.º 16, de 14 de janeiro de 2018, que aprova o Regulamento de Avaliação da Conformidade para o Transporte de Produtos Perigosos (CIPP), aplicável somente à modalidade de transporte de tanques de carga rodoviários;

Considerando a necessidade de atualização do Certificado de Inspeção para o Transporte de Produtos Perigosos (CIPP) pelo novo Certificado para o Transporte de Produtos Perigosos (CIPP), aplicável somente à modalidade de transporte de tanques de carga rodoviários;

Considerando a necessidade de ajustes dos Requisitos de Avaliação da Conformidade para Tanques de Carga Rodoviários destinados ao Transporte de Produtos Perigosos, publicados pela Portaria Inmetro n.º 16, de 14 de janeiro de 2018, conforme disposto no Anexo desta Portaria, disponibilizado no site [www.inmetro.gov.br](http://www.inmetro.gov.br) ou no endereço abaixo:

Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - Inmetro

Diretoria de Avaliação da Conformidade - Diconf

Rua Santa Apolónia, nº 416 - 3º andar - Rio de Janeiro

Cep 20.261-232 - Rio de Janeiro - RJ

Art. 2º Ficam substituídos os Anexos A e D da Portaria Inmetro n.º 16/2016 pelos Anexos A e D anexos a esta Portaria.

Art. 3º Ficam incluídos na Portaria Inmetro n.º 16/2016 os Anexos E e G anexos a esta Portaria.

Art. 4º Ficam incluídos, no art. 4º da Portaria Inmetro n.º 16/2016, as seguintes alterações:

**SECRETARIA DE COMÉRCIO EXTERIOR**

**CIRCULAR Nº 4, DE 22 DE JANEIRO DE 2018**

O SECRETÁRIO DE COMÉRCIO EXTERIOR, SUBSTITUTO DO MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA, COMÉRCIO EXTERIOR E SERVIÇOS, no uso de suas atribuições, uma vez que, conforme o conteúdo do Anexo, as propostas de modificação da Nomenclatura Comum do MERCOSUL - NCM e da Tarifa Externa Comum em análise pelo Departamento de Negociações Internacionais (DENI), tem o objetivo de colher subsídios para definição de posicionamentos do governo brasileiro no âmbito da coordenação do Comitê Técnico nº 1, de Tarifas, Nomenclatura e Classificação de Mercadorias, do Mercosul (CT-1).

1. Manifestações sobre as propostas deverão ser dirigidas ao DENI por meio do Protocolo-Geral do Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços, situado na Esplanada dos Ministérios, Bloco "J", Térreo, CEP 70013-900, Brasília (DF). As correspondências deverão fazer referência ao número desta Circular e ser encaminhadas no prazo de 20 (vinte) dias, a contar da data da publicação desta Circular no Diário Oficial da União.

2. As informações relativas às propostas deverão ser encaminhadas mediante e-mail eletrônico original do modelo padrão, disponível na página do Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços, no endereço <http://www.mec.gov.br/informacoes/EXPOSITORIO/intermediacao/intermediacao.asp>. O formulário também pode ser solicitado pelos telefones (61) 2027-7373 e 2027-7258 ou pelo endereço de e-mail [eti@mdc.gov.br](mailto:eti@mdc.gov.br).

3. O acompanhamento sobre a análise das propostas poderá ser realizado por meio do endereço eletrônico <http://www.mec.gov.br/intermediacao/intermediacao.asp> ou pelo endereço de e-mail [eti@mdc.gov.br](mailto:eti@mdc.gov.br).

4. Caso haja, posteriormente, ajustes de texto realizados pelos editores em nomeação do CT-1, eventuais manifestações a respeito deverão ser encaminhadas a esta Secretaria mediante os procedimentos previstos nesta Circular.

RENATO AGOSTINHO DA SILVA

SITUAÇÃO ATUAL		SITUAÇÃO PROPOSTA	
2917.20.08	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados	2917.20	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.1	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.11	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.12	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.13	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.14	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.15	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.16	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.17	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.18	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.19	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.20	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.21	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.22	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.23	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.24	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.25	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.26	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.27	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.28	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.29	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.30	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.31	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.32	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.33	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.34	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.35	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.36	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.37	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.38	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.39	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.40	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.41	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.42	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.43	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.44	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.45	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.46	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.47	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.48	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.49	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.50	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.51	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.52	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.53	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.54	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.55	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.56	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.57	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.58	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.59	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.60	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.61	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.62	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.63	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.64	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.65	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.66	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.67	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.68	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.69	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.70	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.71	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.72	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.73	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.74	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.75	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.76	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.77	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.78	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.79	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.80	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.81	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.82	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.83	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.84	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.85	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.86	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.87	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.88	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.89	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.90	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.91	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.92	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.93	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.94	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.95	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.96	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.97	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.98	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.99	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.00	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>, pelo código 0001281012300014

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/8/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FAA8220CFDE4B56AFAD5E6CF8FDF5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 6/13







4996507

**ANEXO I À ATA DAS ASSEMBLÉIAS GERAIS ORDINÁRIA E EXTRAORDINÁRIA DA SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., REALIZADAS EM 17 DE MARÇO DE 2016**

**"SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**

**ESTATUTO SOCIAL**

**CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO**

**Artigo 1º** – A SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. (a "Companhia") é uma sociedade por ações, de capital fechado, que se rege por este Estatuto Social e pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis.

**Artigo 2º** – A Companhia tem por objeto operar nos ramos de seguros de danos e de pessoas, podendo participar de consórcios como líder, como previsto na regulamentação do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.

**Artigo 3º** – A Companhia tem sede na cidade de Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14 e 15 andares, podendo criar, modificar e encerrar, mediante decisão da Diretoria, filiais, agências, sucursais, escritórios e representações em qualquer localidade do País.

**Artigo 4º** – A Companhia terá prazo indeterminado de duração.

**CAPÍTULO II - CAPITAL SOCIAL E AÇÕES**

**Artigo 5º** – O capital social é de R\$ 15.000.000,00 (quinze milhões de reais), totalmente subscrito e integralizado, sendo dividido em 15.000.000 (quinze milhões) de ações ordinárias nominativas escriturais, sem valor nominal.

**Parágrafo Primeiro** – Cada ação ordinária confere a seu titular direito a um voto nas deliberações da Assembleia Geral.

**Artigo 6º** – Respeitadas as disposições legais aplicáveis, a Companhia poderá efetuar resgate total ou parcial de ações de qualquer espécie ou classe ou adquiri-las para mantê-las em Tesouraria, pelo valor patrimonial da ação do último balanço auditado, cabendo ao Conselho de Administração fixar as demais características da operação.

**CAPÍTULO III – ASSEMBLEIA GERAL**

**ARTIGO 7º** – A Assembleia Geral tem poderes para decidir todos os negócios relativos ao objeto da Companhia e tomar as resoluções que julgar convenientes à sua defesa e desenvolvimento, sempre por maioria absoluta de votos, excetuados os casos expressos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 1 de 10

  
Bernardo F.S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996508

**ARTIGO 8º** - A Assembleia Geral reunir-se-á, ordinariamente, dentro dos 3 (três) primeiros meses após o encerramento do exercício social e, extraordinariamente, sempre que os interesses sociais assim o exigirem.

**Parágrafo Primeiro** - A Assembleia Geral será convocada na forma da lei. Independentemente das formalidades de convocação, também será considerada regular a Assembleia Geral a que comparecerem todos os acionistas.

**Parágrafo Segundo** - A mesa da Assembleia Geral será presidida por um acionista, diretor ou não, escolhido dentre os presentes por aclamação para dirigir os trabalhos, o qual poderá nomear até 2 (dois) secretários, que poderão ser acionistas ou não, para assessorá-lo a dirigir os trabalhos, manter a ordem, suspender, adiar e encerrar as reuniões e reduzir a termo o que foi deliberado, produzindo a competente ata.

**Parágrafo Terceiro** - Os representantes legais e os procuradores constituídos, para que possam comparecer às Assembleias, deverão fazer a entrega dos respectivos instrumentos de representação ou mandato na sede da Companhia, até 48 (quarenta e oito) horas antes da reunião acontecer.

**Parágrafo Quarto** - Ressalvadas as exceções previstas em lei, a Assembleia Geral instalar-se-á, em primeira convocação, com a presença de acionistas que representem, no mínimo,  $\frac{1}{4}$  (um quarto) do capital social com direito a voto, e em segunda convocação instalar-se-á com qualquer número.

**Parágrafo Quinto** - As decisões da Assembleia Geral serão formalizadas através de ata que deverá conter a transcrição das deliberações tomadas. Da ata tirar-se-ão certidões ou cópias autenticadas para os fins legais.

**Parágrafo Sexto** - Somente será aprovada a modificação do objeto social da Companhia com a aprovação de  $\frac{2}{3}$  (dois terços) das ações ordinárias.

#### **CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA**

**ARTIGO 9º** - A Companhia terá um Conselho de Administração e uma Diretoria Executiva.

**Parágrafo Primeiro** - Os Conselheiros e os Diretores serão investidos, após a aprovação de sua eleição pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, em seus cargos mediante assinatura do termo de posse no Livro de Atas do Conselho de Administração ou da Diretoria Executiva, conforme o caso.

**Parágrafo Segundo** - O prazo de gestão dos Conselheiros e dos Diretores estender-se-á até a investidura dos respectivos sucessores.

**Parágrafo Terceiro** - As atas das reuniões do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva serão lavradas em livro próprio e serão assinadas pelos Conselheiros e pelos Diretores presentes, conforme o caso.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 2 de 10

Bernardo F. S. Barwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7B45C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996509

**Parágrafo Quarto** – Os membros do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva ficam dispensados de prestar caução como garantia de sua gestão.

**Parágrafo Quinto** – Caberá à Assembléia Geral fixar o montante global da remuneração dos Administradores, a qual será distribuída e destinada conforme deliberação do Conselho de Administração.

## CAPÍTULO V - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

**ARTIGO 10** – A Companhia será administrada por um Conselho de Administração, composto por, no mínimo, 9 (nove) membros, e no máximo, 15 (quinze) membros, e igual número de suplentes, todos acionistas, residentes no País ou não, eleitos e destituíveis pela Assembleia Geral, e com mandato de 1 (um) ano, permitida a reeleição.

**Parágrafo Primeiro** - Os membros do Conselho de Administração terão as seguintes denominações: Conselheiro Presidente, Conselheiro Vice-Presidente e demais conselheiros sem designação específica.

**Parágrafo Segundo** – O membro do Conselho de Administração, que tiver ou representar interesse conflitante com a Companhia, não poderá ter acesso a informações nem participar e exercer o direito de voto nas deliberações do Conselho de Administração que configurem tal impedimento. Poderá, todavia, ser substituído por seu suplente, desde que este não esteja igualmente impedido.

**Parágrafo Terceiro** – O primeiro mandato dos membros do Conselho de Administração poderá ser superior a 1 (um) ano, se estendendo até a Assembléia Geral Ordinária que se realizar em 2009, referente ao exercício de 2008.

**ARTIGO 11** – Eleito pela Assembleia Geral o Conselho de Administração, caberá a este a eleição do Presidente e do Vice-Presidente do Conselho, por maioria de votos. O Vice-Presidente substituirá o Presidente nas suas ausências e impedimentos temporários.

**ARTIGO 12** – Na hipótese de ausências e impedimentos temporários de membro do Conselho de Administração, caberá ao seu suplente substituí-lo, e, no caso de vacância de cargo do Conselho de Administração, o conselheiro ausente será substituído por seu suplente até que seja eleito novo membro e seu respectivo suplente pela primeira Assembleia Geral.

**ARTIGO 13** – Todas as deliberações do Conselho de Administração, feitas nas competentes reuniões e devidamente lavradas em atas, serão tomadas pela maioria de votos dos presentes.

**Parágrafo Primeiro** – O Presidente e Vice-Presidente do Conselho de Administração terão direito a voto, cabendo, ainda, ao Presidente em exercício, na hipótese de empate nas deliberações, o voto de desempate.

**Parágrafo Segundo** - Para que as reuniões do Conselho de Administração possam se instalar e validamente deliberar será necessário a presença da maioria de seus membros em exercício (titulares ou suplentes), desde que a reunião tenha sido regularmente

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 3 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



convocada.



4996510

**Parágrafo Terceiro** - Caberá ao Presidente do Conselho de Administração presidir as reuniões do aludido Conselho de Administração, e escolher o secretário da reunião, que poderá não ser membro do Conselho de Administração.

**ARTIGO 14** - O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, 1 (uma) vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário, mediante convocação de seu Presidente ou, conjuntamente, por 3 (três) de seus membros.

**Parágrafo Primeiro** - Os membros da Diretoria Executiva participarão das reuniões do Conselho de Administração, quando convocados pelo Presidente do Conselho de Administração a pedido de qualquer de seus membros, para esclarecer sobre quaisquer assuntos de interesse da Companhia.

**Parágrafo Segundo** - As reuniões do Conselho de Administração deverão ser convocadas, por escrito, mediante carta, telegrama ou e-mail a cada um dos seus membros, e dos membros da Diretoria Executiva quando for o caso, com 5 (cinco) dias úteis de antecedência da data de sua realização. O local de realização das reuniões do Conselho de Administração deverá constar do competente anúncio de convocação, juntamente com o horário, a data de realização e a ordem do dia.

**Parágrafo Terceiro** - Independentemente das formalidades relativas à convocação, considerar-se-á regular a reunião a que comparecerem todos os membros titulares do Conselho de Administração ou seus suplentes, expressamente autorizados pelos respectivos titulares.

**ARTIGO 15** - Compete ao Conselho de Administração, além das atribuições que lhe são conferidas por lei:

- a) convocar as Assembléias Gerais Ordinárias e Extraordinárias;
- b) fixar a orientação geral dos negócios da Companhia e aprovar as diretrizes políticas empresariais e objetivos básicos para todas as áreas principais da atuação da Companhia, bem como a sua política de investimentos financeiros;
- c) aprovar o orçamento anual, o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- d) eleger e destituir os Diretores da Companhia e fixar-lhes as atribuições através de um Regimento da Diretoria Executiva, bem como atribuir, dentro do montante global da remuneração fixada pela Assembleia Geral, os honorários mensais de cada um dos membros da Administração da Companhia;
- e) eleger, destituir e fixar a remuneração dos membros do Comitê de Auditoria da Companhia;
- f) fiscalizar a gestão dos Diretores, podendo examinar a qualquer tempo, os livros e papéis da Companhia e solicitar informações sobre quaisquer atos celebrados ou em vias de celebração pela Diretoria Executiva;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 4 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996511

g) manifestar-se, previamente, sobre o relatório da Administração, as contas da Diretoria Executiva, as demonstrações financeiras do exercício e examinar os balancetes mensais;

h) por proposta da Diretoria Executiva, deliberar sobre a declaração de dividendos à conta de lucros apurados em balanços semestrais e submeter à Assembleia Geral a proposta de destinação do lucro líquido do exercício;

i) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, contratos de marketing, etc.), bem como contrato financeiro, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e de locação cujo valor exceder o limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

j) autorizar a concessão de qualquer garantia, pela Companhia, qualquer que seja o montante, vedada a concessão de garantias para negócios estranhos aos interesses sociais;

k) a aprovação de qualquer transação para pôr término a litígio de valor superior ao limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

l) estabelecer, por proposta da Diretoria Executiva, critérios gerais de remuneração e a política de benefícios, diretos e indiretos, do quadro de funcionários;

m) decidir sobre a aquisição das próprias ações da companhia para cancelamento ou permanência em tesouraria e, neste último caso, deliberar sobre a sua eventual alienação, observadas as disposições legais aplicáveis;

n) nomear e destituir os auditores independentes da Companhia, analisando e homologando os resultados de seus trabalhos;

o) contribuir para o desenvolvimento de modelos, metodologias e processos de gestão, recomendando à Diretoria Executiva o alinhamento da companhia às melhores práticas, atuando como agente de modernização;

p) analisar e aprovar as propostas para novos investimentos em equipamentos, os compromissos de parcerias e associações e os assumidos com colaboradores;

q) definir diretrizes para o planejamento estratégico;

r) aprovar dotações orçamentárias para cada área e projetos, avaliando e aprovando os resultados a serem atingidos e seus ajustes;

s) manter-se devidamente atualizado sobre os riscos dos negócios;

t) aprovar a contratação de serviços de regulação e de liquidação de sinistros.

u) aprovar e fazer cumprir o Código de Ética da Companhia; e

v) resolver sobre os casos omissos no Estatuto Social e exercer outras atribuições que a

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 5 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICADO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86683B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996512

lei ou este Estatuto não confirmam a outro órgão da Companhia.

**ARTIGO 16** – São atribuições específicas do Presidente do Conselho de Administração:

- a) fixar as datas para as reuniões ordinárias e convocar as reuniões extraordinárias do Conselho;
- b) presidir as reuniões e supervisionar os serviços administrativos do Conselho;
- c) dar o voto de qualidade em caso de empate, além de seu próprio voto; e
- d) zelar pela preservação do estatuto social, e pelo cumprimento das atribuições que cabem ao Conselho de Administração;

**Parágrafo Único** – Incumbe ao Vice-Presidente do Conselho de Administração substituir o Presidente durante as suas ausências ou impedimentos.

#### **CAPÍTULO VI - COMITÊ DE AUDITORIA**

**ARTIGO 17** – A Companhia terá um Comitê de Auditoria.

**ARTIGO 18** - O Comitê de Auditoria será composto por 3 (três) membros e se regerá, em todos os seus aspectos, pelo previsto na legislação do Conselho Nacional de Seguros Privados e da Superintendência de Seguros Privados.

**Parágrafo único** - Os membros do Comitê de Auditoria serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a sua reeleição na forma da legislação em vigor, e receberão, a título de remuneração, o estabelecido pelo Conselho de Administração.

#### **CAPÍTULO VI – DIRETORIA EXECUTIVA**

**ARTIGO 19** - A Diretoria Executiva é o órgão de representação da Companhia, a quem compete praticar todos os atos de gestão dos negócios sociais e será composta pelo Diretor Presidente e por 4 (quatro) Diretores sem designação específica, dentre eles um responsável pelos controles internos e que terá as atribuições da Lei nº 9.613/98, outro que será o responsável técnico e responsável pela prevenção de fraudes, outro que será responsável pelo relacionamento com a SUSEP e, dentre eles, ainda, um diretor responsável administrativo-financeiro, que também será responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade, tudo conforme o que dispõe a regulamentação em vigor, com as demais atribuições estabelecidas pelo Conselho de Administração da Companhia

**Parágrafo Primeiro** – Os Diretores serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a reeleição.

**Parágrafo Segundo** – Na hipótese das ausências e impedimentos dos Diretores caberá ao Diretor-Presidente indicar, entre os demais Diretores, o substituto, sendo atribuição do Conselho de Administração tomar as medidas necessárias em caso de ausência

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 6 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996513

temporária do Diretor-Presidente, bem como deliberar sobre o preenchimento da vaga em caso de vacância de qualquer um dos Diretores.

**ARTIGO 20** – Cabe aos integrantes da Diretoria Executiva, em conjunto, supervisionar e controlar todos os assuntos da Companhia, de acordo com as diretrizes e políticas determinadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral, competindo-lhe ainda:

- a) administrar os bens e serviços da Companhia;
- b) gerir as atividades da Companhia, obedecendo rigorosamente às diretrizes traçadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;
- c) zelar pelo fiel cumprimento do presente estatuto social;
- d) cumprir e fazer cumprir as deliberações do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- e) elaborar e apresentar anualmente, ao Conselho de Administração, relatório circunstanciado de suas atividades, balanço e prestação de contas do exercício findo, bem como a sua compatibilidade com o planejamento estratégico e orçamento plurianual da Companhia;
- f) preparar e submeter ao Conselho de Administração o orçamento anual e o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- g) elaborar e escriturar o balanço e os livros contábeis referentes às demonstrações do exercício findo, para oportuna manifestação do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- h) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, convênios), bem como contratos financeiros, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e locação dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- i) aprovar qualquer transação para pôr término a litígio dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- j) admitir e dispensar o pessoal administrativo;
- h) representar a Companhia em juízo ou fora dele.

**ARTIGO 21** - Compete ao Diretor Presidente, além de coordenar a ação dos Diretores e de dirigir as atividades relacionadas com o planejamento geral da Companhia:

- a) convocar e presidir as reuniões da Diretoria Executiva;
- b) executar a política, as diretrizes e as atividades de administração da Companhia, conforme especificado pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 7 de 10

Bernardo F.S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208295B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996514

c) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades da Companhia, através da apresentação mensal de balancete econômico-financeiro e patrimonial da Companhia;

d) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades do Seguro DPVAT e o andamento de suas operações;

e) propor um código de ética para a Companhia, consistente com o código de ética aprovado pelo órgão de representação sindical superior das empresas de seguro;

f) avaliar periodicamente o desempenho dos Diretores, informando a sua conclusão ao Conselho de Administração;

g) delegar para qualquer um dos Diretores a execução das atribuições que estejam dentro de sua alçada; e

i) exercer outras funções que lhe forem cometidas pelo Conselho de Administração.

**ARTIGO 22** – Como regra geral, a Companhia se obrigará validamente sempre que representada por:

a) dois Diretores;

b) qualquer Diretor em conjunto com um procurador;

c) dois procuradores com poderes especiais.

**Parágrafo Primeiro** – Na constituição de procuradores, observar-se-ão as seguintes regras:

a) todas as procurações serão outorgadas pelo Diretor Presidente, em conjunto com outro Diretor. Na ausência do Diretor-Presidente, as procurações serão outorgadas por dois Diretores em conjunto;

b) quando a procuração tiver por objeto a prática de atos que dependam de prévia autorização da Diretoria Executiva, a sua outorga ficará sujeita ao disposto no Parágrafo Segundo desta Cláusula.

**Parágrafo Segundo** – O prazo de mandato contido nas procurações outorgadas pela Companhia não poderá exceder o prazo de mandato da Diretoria Executiva, exceto para as procurações judiciais, que terão o prazo correspondente à duração da respectiva ação judicial ou, se inaplicável, prazo indeterminado.

## **CAPÍTULO VIII - CONSELHO FISCAL**

**ARTIGO 23** – A Companhia terá um Conselho Fiscal cujos deveres, competências e responsabilidades serão os definidos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 8 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996515

**Parágrafo Primeiro** – O Conselho Fiscal é composto por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes, eleitos pela Assembleia Geral.

**Parágrafo Segundo** – O Conselho Fiscal poderá reunir-se, sempre que necessário, mediante convocação de qualquer de seus membros, lavrando-se em ata suas deliberações.

## **CAPÍTULO IX – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E LUCROS**

**ARTIGO 24** – O exercício social terá início em 1º de janeiro e término em 31 de dezembro de cada ano. Ao término de cada exercício social serão elaboradas as demonstrações financeiras previstas em lei.

**ARTIGO 25** – Em cada exercício, os acionistas terão direito a receber, a título de dividendos, um percentual do lucro líquido do exercício, obedecido o mínimo obrigatório de 25% sobre aquele lucro líquido, com os seguintes ajustes:

- a) o acréscimo das importâncias resultantes da reversão, no exercício, de reservas para contingências, anteriormente formadas;
- b) o decréscimo das importâncias destinadas, no exercício, à constituição da reserva legal e de reservas para contingências;
- c) sempre que o montante do dividendo mínimo obrigatório ultrapassar a parcela realizada do lucro líquido do exercício, a Diretoria Executiva poderá propor, e o Conselho de Administração e a Assembleia Geral aprovarem, destinar o excesso à constituição de reserva de lucros a realizar (artigo 197 da Lei nº 6.404/76, com a redação dada pela Lei nº 10.303/01).

**ARTIGO 26** – A Companhia poderá levantar balanços semestrais, trimestrais ou mensais, bem como declarar dividendos à conta de lucros apurados nesses balanços. A Companhia poderá ainda declarar dividendos intermediários à conta de lucros acumulados ou de reservas de lucros existentes no último balanço anual ou semestral.

**Parágrafo Único** – Os dividendos distribuídos nos termos deste artigo poderão ser imputados ao dividendo obrigatório.

**ARTIGO 27** – A Companhia poderá pagar ou creditar juros sobre o capital próprio.

**Parágrafo Único** – A remuneração paga nos termos deste artigo poderá ser imputada ao dividendo obrigatório.

## **CAPÍTULO X - LIQUIDAÇÃO**

**ARTIGO 28** – A Companhia entrará em liquidação nos casos previstos em lei, observadas as disposições contidas no artigo 68 e seguintes do Decreto nº 60.459, de 13

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 9 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



de março de 1967.

## XI - DISPOSIÇÕES GERAIS

**ARTIGO 29** - É vedado à Companhia conceder financiamento ou garantias de qualquer espécie a terceiros, sob qualquer modalidade, para negócios estranhos aos interesses sociais da Companhia.

**ARTIGO 30** - A Companhia observará todos os acordos de acionistas registrados na forma do artigo 118 da Lei nº 6.404/76, cabendo à administração abster-se de registrar as transferências de ações contrárias aos seus respectivos termos e cabendo ao Presidente da Assembleia Geral ou do Conselho de Administração, abster-se de computar os votos proferidos com infração dos mencionados acordos de acionistas.

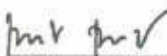
**ARTIGO 31** - A Companhia assegurará a seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais, presentes e passados, nos casos em que não houver incompatibilidade com os interesses da Companhia e na forma definida pela Diretoria Executiva a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles instaurados pela prática de atos no exercício de cargo ou função na Companhia.

**Parágrafo Único** - Sem prejuízo para o disposto no caput, a Companhia manterá contrato de seguro de responsabilidade civil (seguro D&O) permanente em favor de seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais para resguardá-los de quaisquer atos ou fatos pelos quais eventualmente venham a ser responsabilizados, cobrindo todo o período de exercício de seus respectivos mandatos.

**ARTIGO 32** - Fica eleito o foro da Comarca do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, para dirimir todas as questões oriundas deste Estatuto Social com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja."

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 10 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016


  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral



### PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração a **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, parte, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20031-205, inscrita no CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, por seu Diretor Presidente, **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, CPF/MF nº 186.088.769-49, RG 2.237.060, SSP-DF, e por seu Diretor Jurídico, **HÉLIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF/MF nº 990.536.407-20 e OAB/RJ nº 71.709; nomeia e constitui seus bastantes procuradores, os advogados **MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**, brasileira, CPF/MF nº 082.587.197-26 e OAB/RJ nº 135.132; **THEREZINHA COIMBRA FRANÇA**, brasileira, CPF/MF nº 542.587.407-30 e OAB/RJ nº 62.420; **JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, CPF/MF nº 110.916.708-38 e OAB/SP nº 111.807; **ANA CAROLINA MARTINS GUIMARÃES DE SOUZA**, brasileira, CPF/MF nº 079.914.007-43 e OAB/RJ nº 111.545; **ANDRÉ SCHIESARI DE MIRANDA**, brasileiro, CPF/MF nº 012.941.857-99 e OAB/RJ nº 83.969; **FERNANDA JOSÉ DA SILVA FREIRE**, brasileira, CPF/MF nº 037.242.447-38 e OAB/RJ nº 161.160; **JULIO CEZAR DE AZEVEDO FARIA**, brasileiro, CPF/MF nº 532.246.397-68 e OAB/RJ nº 63.359; **LEILA MARCIA NOGUEIRA DA COSTA CAIRES**, brasileira, CPF/MF nº 034.062.507-42 e OAB/RJ nº 125.974; **PAULO LEITE DE FARIAS FILHO**, brasileiro, CPF/MF nº 029.186.977-70 e OAB/RJ nº 113.674; **JULIANA DANTAS BORGES**, brasileira, CPF/MF nº 055.255.997-08 e OAB/RJ nº 135.435, **DANIELA FERREIRA MENDES DE OLIVEIRA CASTRO**, brasileira, CPF/MF nº 088.398.387-75 e OAB/RJ nº 135.731, **DAVID SANTOS DA CRUZ**, brasileiro, CPF/MF nº 115.998.867-66 e OAB/RJ nº 174.217; todos com endereço profissional à Rua da Assembléia, nº 100, 26º andar, Centro, CEP 20011-904, no Município do Rio de Janeiro - RJ, conferindo os poderes da cláusula *Ad Judicia et Extra* para atuar no foro em geral, em qualquer Juízo, Instância, Tribunal e Órgãos de Proteção e Defesa do Consumidor, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, atuar em processos físicos e eletrônicos, realizar cadastro e acessar sistemas digitais, nomear prepostos, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos ao fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com reservas de poderes, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, autorizados, desde já, a receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, devendo todo e qualquer levantamento judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1769-8, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016, tendo prazo de validade indeterminado.

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018.

  
**JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**  
DIRETOR PRESIDENTE

  
**HÉLIO BITTON RODRIGUES**  
DIRETOR

<b>17º Ofício de Notas</b> DA CAPITAL	Tabelião: Carlos Alberto Firmo Oliveira Rua do Carmo, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2107-9000	AD828690 088674
Reconheço por AUTENTICIDADE as firmas de: <b>HÉLIO BITTON RODRIGUES</b> e <b>JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES</b> (X00000529453)		
Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018. Conf. por: <b>CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ</b>		
Em testemunho da verdade.	Serventia <b>Paula Cristina A. D. Gaspar</b>	3.9% Escrevente
Paula Cristina A. D. Gaspar - Aut.	Total	CTPS 46062 série 06077 ME
ELCP-56891 HDE, ELCP-56892 GRS		Ad. 20.5.3º Lei 8.936/94
Consulte em <a href="https://ww3.tirri.jus.br/sitepublico">https://ww3.tirri.jus.br/sitepublico</a>		





### SUBSTABELECIMENTO

Na qualidade de procurador das Seguradoras: **AIG SEGUROS BRASIL S/A**; ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A, **ALFA SEGURADORA S/A**, ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A; **AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS**; ANGELUS SEGUROS S/A; **ARGO SEGUROS BRASIL S/A**; ARUANA SEGUROS S.A.; **ASSURANT SEGURADORA S.A**; ATLÂNTICA CIA DE SEGUROS; **AUSTRAL SEGURADORA S/A**; AXA CORPORATE SOLUTIONS SEGUROS S.A, **AXA SEGUROS S/A**; AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS; **BANESTES SEGUROS S/A**; BMG SEGUROS S/A; **BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS**; BRASIL VEÍCULOS CIA. DE SEGUROS; **BTG PACTUAL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; CAIXA SEGURADORA S/A; **CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; CARDIF DO BRASIL SEGUROS E GARANTIAS S/A; **CARDIF DO BRASIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; **CESCEBRASIL SEGUROS DE GARANTIAS E CRÉDITOS S/A**; CHUBB SEGUROS BRASIL S/A; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA**; CIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL; **CIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL**; CIA EXCELSIOR DE SEGUROS; **COMPREV SEGURADORA S/A**; COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; **DAYPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; ESSOR SEGUROS S/A; **FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S/A**; FATOR SEGURADORA S/A; **GAZIN SEGUROS S.A.**; GENERALI BRASIL SEGUROS S/A; **GENTE SEGURADORA S/A**; ICATU SEGUROS S/A; **INVESTPREV SEGURADORA S/A**; INVESTPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; **ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S/A**; J. MALUCELLI SEGURADORA S/A; **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**; MAPFRE VIDA S/A; **MBM SEGURADORA S/A**; MG SEGUROS VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; **MITSUI SUMITOMO SEGUROS S/A**; MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; **OMINT SEGUROS S/A**; PAN SEGUROS S/A; **PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS**; PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; **POTTENCIAL SEGURADORA S/A**; PREVIMAX PREVIDÊNCIA PRIVADA E SEGURADORA S/A; **PREVIMIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**, RIO GRANDE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; **SABEMI SEGURADORA S/A**; SAFRA SEGUROS GERAIS S/A; **SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; SANCOR SEGUROS DO BRASIL S/A; **SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS**; SOMPO SEGUROS S/A; **STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.**; SUHAI SEGUROS S/A; **SWISS RE CORPORATE SOLUTIONS BRASIL S/A**; TOKIO MARINE SEGURADORA S/A; **TRAVELERS SEGUROS BRASIL S/A**; UNIÃO SEGURADORA S/A – VIDA E PREVIDÊNCIA; **USEBENS SEGUROS S/A**; VANGUARDA CIA DE SEGUROS GERAIS; **XL SEGUROS BRASIL S/A**; ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; doravante denominada Outorgante, conforme instrumento de mandato.

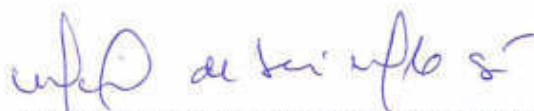






anexo, substabeleço, com reserva de iguais, nas pessoas dos **Drs. CARLOS EDUARDO DE SOUZA CABRAL**, brasileiro, casado, OAB/RJ 189.997; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, OAB/RJ 152.629; **JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, OAB/RJ 134.307; **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, casado, OAB/RJ 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, OAB/RJ 140.522; **RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO MENEZES**, brasileira, casada, OAB/RJ 185.681; **TODOS INTEGRANTES DA SOCIEDADE DE ADVOGADOS DENOMINADA JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita na OAB/RJ sob o nº 32.203/2005, com escritório situado na Rua São José, número 90, oitavo andar, CEP: 20010-901 Tel.: (21) 3265-5600, os poderes que me foram conferidos para a plena defesa dos interesses da Outorgante nas ações que têm por objeto o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT, ficando, desde já, **VEDADO receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física**, devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1912-7, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016.

Rio de Janeiro, 25 de setembro de 2018.



**MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**

**OAB/RJ 135.132**





14/07/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 14/07/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de COSMO MORAIS SOUSA) em 13/07/2020 com prazo de 15 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 6) DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS (01/07/2020) e ao evento de expedição seq. 7.

Por: SISTEMA CNJ



03/08/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE.

Data: 03/08/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Complemento: Cumprimento de intimação - Referente ao evento DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS (01/07/2020)

Por: PAULO SERGIO DE SOUZA

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição
- Petição
- Petição
- Petição



*Paulo Souza & Paula Souza*  
Advogados Associados

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA MM 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA, ESTADO DE RORAIMA

Processo n.º 0816377-69.2020.823.0010

COSMO MORAIS SOUSA, já devidamente qualificado nos autos da Ação em epígrafe, que move em desfavor da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, inconformado com a sentença proferida por este MM. Juízo, vem, por seu intermédio de seu advogado, em atendimento ao despacho de EP: 6, informar e requerer o que segue:

Assevera-se por oportuno que M.M. Juiz solicita a emenda a inicial, juntando aos autos documentos que comprovem, ao menos aprioristicamente, o grau de invalidez permanente total ou parcial ou laudo do IML. Ocorre Excelência que o medico perito somente da percentual em laudo no caso do segurado DPVAT, ou seja, após a realização da pericia medica, pois em consulta normal medico algum aponta percentual em laudo médico.

Quanto ao Laudo do IML:

“ O Instituto Médico Legal da jurisdição do acidente ou da residência da vítima deverá fornecer, no prazo de até 90 (noventa) dias, laudo à vítima com a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes, totais ou parciais. [\(Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009\)](#). (Produção de efeitos) ”.

Primeiramente, importante fazer alguns esclarecimentos acerca do seguro DPVAT e da Legislação que atualmente o rege. A graduação da invalidez da vítima de acidente de trânsito foi introduzida pela Medida Provisória nº 451/2008, posteriormente convertida na Lei nº 11.945/2009, que atualmente regula a matéria em seus artigos 30 a 32, oportunamente, transcrito logo abaixo o artigo 31, §1º, I e II, *in verbis*:

Artigo 31 § 1º - No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:



*Paulo Souza & Paula Souza*  
Advogados Associados

**I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa,** correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

**II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo,** procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá 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, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Importante mencionar, ainda, para um melhor esclarecimento, um julgado do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, que afirma a **NECESSIDADE DA PERÍCIA JUDICIAL PARA O DESLINDE DO PROCESSO JUDICIAL:**

**EMENTA:** APELAÇÃO CÍVEL. SEGURO DPVAT. COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. INDENIZAÇÃO PROPORCIONAL AO DANO CORPORAL. **NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO DE NOVA PERÍCIA MÉDICA.** SENTENÇA DESCONSTITUÍDA. A graduação da invalidez da vítima de acidente de trânsito foi introduzida pela Medida Provisória nº 451/2008, posteriormente convertida na **Lei nº 11.945/2009**, que atualmente regula a matéria em seus artigos 30 a 32. Aplica-se a proporcionalidade na indenização para o caso de invalidez permanente no seguro DPVAT ao grau desta.

Diferente não é a jurisprudência segura do STJ, expressa no texto da **Súmula nº 474 do STJ**. Na espécie, **para o deslinde da lide, necessária a realização de nova prova pericial, no sentido de se auferir o grau de invalidez do demandante.** Desconstituição da sentença de 1º grau que se impõe, para que seja realizada a prova pericial. EM JUÍZO DE RETRATAÇÃO, RECURSO PREJUDICADO. SENTENÇA DESCONSTITUÍDA. (Apelação Cível Nº 70048695647, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Maria Claudia Cachapuz, Julgado em 24/09/2014).

Assim, em todos os casos de processos judiciais que tem como objeto a cobrança do Seguro DPVAT, aplica-se a proporcionalidade na indenização para o caso de invalidez permanente no seguro DPVAT ao grau desta.

Ademais nossas jurisprudências, tem dado um tratamento diferenciado ao entendimento do nobre magistrado, senão vejamos:



*Paulo Souza & Paula Souza*  
Advogados Associados

**TJ-MG - Apelação Cível AC 10024123336687001 MG (TJ-MG)** Data de publicação: 27/05/2014 **Ementa:**  
AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DPVAT - **AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML** - IRRELEVÂNCIA - INÉPCIA DA INICIAL - NÃO OCORRÊNCIA - RECURSO DE APELAÇÃO PROVIDO - Para a propositura de ação de cobrança do seguro DPVAT não é indispensável a juntada, com a inicial, de **laudo do IML**, motivo por que não se pode falar em inépcia da inicial, em ação de tal natureza, tão só porque não veio instruída com tal documento.

**TJ-MG - Apelação Cível AC 10024123061673001 MG (TJ-MG)** Data de publicação: 28/04/2014 **Ementa:**  
PROCESSO CIVIL - AÇÃO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT - INDEFERIMENTO DA PETIÇÃO INICIAL - **AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML** - EXTINÇÃO DO PROCESSO - APTIDÃO DA PETIÇÃO INICIAL - SENTENÇA CASSADA. 1. Uma petição inicial está apta a iniciar uma ação quando, além de preenchidos os requisitos do artigo 282 do CPC, permite à parte ex adversa a exata compreensão da demanda, possibilitando-lhe o exercício do contraditório como corolário da ampla defesa; e no caso vertente, é evidente a pretensão inicial e os fundamentos fáticos e jurídicos nos quais o autor/apelante a embasa, como já evidenciado. 2. O **laudo pericial do Instituto Médico Legal não é documento indispensável à propositura da ação de indenização do seguro DPVAT.**

**TJ-MG - Apelação Cível AC 10024123014946001 MG (TJ-MG)** Data de publicação: 18/03/2013 **Ementa:**  
AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT - INDEFERIMENTO DA INICIAL - **AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML** - QUESTÃO OBJETO DE PROVA PERICIAL A SER REALIZADA SOB CONTRADITÓRIO - A comprovação do grau de incapacidade do segurado constitui mérito da ação e não pressuposto para o ajuizamento da ação, cabendo, portanto, a devida dilação probatória. Recurso Provido

Há que se ressaltar por oportuno que, a petição inicial está apta a iniciar a presente ação, haja vista preenchida todos requisitos do artigo 282 do CPC, as quais permitem à parte ex adversa a exata compreensão da demanda, possibilitando-lhe o exercício do contraditório como corolário da ampla defesa; e no caso vertente, é evidente a pretensão inicial e os fundamentos fáticos e jurídicos nos quais a autora/apelante a embasa, como já evidenciado.

Estarrece, pois o fato do laudo pericial do Instituto Médico Legal **não ser documento indispensável à propositura da ação de indenização do seguro DPVAT.**

Esta afirmação torna-se ainda mais evidente, quando mencionamos a Jurisprudência segura do STJ, expressa no texto da Súmula nº 474 do STJ, que diz: **"A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez"**.

Muito poderá se falar acerca da necessidade desta perícia judicial, porém, muito mais do que necessária, esta é **OBRIGATÓRIA**, pois atualmente está prevista na Legislação atual e nas Jurisprudências



*Paulo Souza & Paula Souza*  
Advogados Associados

dos Tribunais dos Estados e do Superior Tribunal de Justiça.

Assim confirma a Jurisprudência abaixo:

**EMENTA:** PROVA – COBRANÇA – SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) – LAUDOS MÉDICOS PRODUZIDOS UNILATERALMENTE. INADMISSIBILIDADE. VIOLAÇÃO AOS PRINCÍPIOS DO CONTRADITÓRIO E DA AMPLA DEFESA. REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA EM JUÍZO. NECESSIDADE. SENTENÇA ANULADA PARA ESSE FIM. RECURSO PROVIDO. (TJSP - (26ª CâMDirPri) - Apelação 0004622-93.2010.8.26.0642 - Ubatuba - Rel.: Des(a). Antonio Benedito do Nascimento - J. em 15/02/2012 - Doc. LEGJUR).

Importante mencionar ainda que foram juntados todos os documentos exigido por lei, e junto a estas o prontuário médico, onde demonstra com clareza que o Requerente foi vítima de acidente de trânsito no dia 03 de novembro de 2019, onde sofreu fratura exposta na perna + necrose. O que deixa claro que o Requerente possui sequelas permanente e faz-se necessário a realização de perícia médica judicial afim de aferir o percentual de suas sequelas. Todos prontuário médico juntado no EP: 1.8, 1.9 e 1.10.

#### DA CONCLUSÃO

Ante o exposto, aguarda-se, serenamente, diante de todo o exposto, e por tudo mais que dos autos consta, o deferimento da ação, com o intuito de ter suas sequelas avaliada pelo perito de confiança deste magistrado, para que seja dado o percentual das suas sequelas, para que o autor receba o valor a que faz jus, por ser esta medida da mais absoluta **JUSTIÇA!**

Nestes Termos,  
Pede Deferimento.

Paulo Sergio de Souza  
OAB/RR nº. 317B





PREFEITURA MUNICIPAL DO ALTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



DADE: BRAVO ALTO ALEGRE		EQUIPE: <u>Phillipe Luis</u>		FICHA DE ATENDIMENTO	
Idade: <u>45</u>		Sexo: <u>M</u>			
Raca: <u>Branca</u>		Negra <input type="checkbox"/>		Parda <input type="checkbox"/>	
Amarela <input type="checkbox"/>		Indigena <input type="checkbox"/>			
to de referência: <u>Posto de HEAL</u>					
Nº da Ocorrência: <u>19009</u>		DATA: <u>03.12.19</u>		HORA DO AÇIONAMENTO: <u>12:32</u>	
Médico (a) Regulador (a): <u>Dr. Anderson</u>				HORA CHEGADA NO LOCAL (J/H): <u>12:35</u>	
MOTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR <input type="checkbox"/> APOIO <input type="checkbox"/> OUTROS					
MECANISMO DE TRAUMA					
AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLÊNCIA	
<input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Colisão X _____ <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro		<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Vitima projetada <input type="checkbox"/> Vitima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Acidente com moto X <input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> queda de Bicicleta <input type="checkbox"/> condutor <input type="checkbox"/> passageiro		<input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual	
		MOTO/BICICLETA		OUTROS	
		<input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> queda de Bicicleta <input type="checkbox"/> condutor <input type="checkbox"/> passageiro		<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ anim <input type="checkbox"/> Outros:	
AVALIAÇÃO INICIAL					
Vias Aéreas		Ventilação		Circulação	
<input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Eupnéia <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Taquipnéia		<input type="checkbox"/> Abolida <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> Maciez		<input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s <input type="checkbox"/> Taquicardia	
				<input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> DNV <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Alcoolizado	
SINAIS VITAIS E ESCORES					
Hora	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	Temp. °C
Início	: <u>101.65</u>	<u>148</u>		<u>99</u>	<u>36.5</u>
Fim	: <u>1</u>				<u>36.5</u>
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA					
Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
<input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Ferimento oculto	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enflema Sub-Cutâneo <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Tórax instável	<input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Evisceração <input type="checkbox"/> Lacerações
Pele	Coluna Dorsal	Membros			
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> Deformidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações			
AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA	
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibril		<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assístolia		<input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Respiratória	
		<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecçosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica		<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Sequela AVC	
GRAVIDADE COMPROVADA		<input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> INDETERMINADA			
<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Trote		<input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Bombeiro no local		MULTIPLOS MEIOS AÇIONADOS	
				<input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> DETRAN	
<input type="checkbox"/> Iniciada as: : <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP Não realizado					
<input type="checkbox"/> Término as: : <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso		OBS: _____			
<input type="checkbox"/> Atendido no local <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - PAAR		<input type="checkbox"/> Grande Trauma - GT <input type="checkbox"/> Hosp. Coronel Mota - HCM		<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN	
				<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Irie - HLI <input type="checkbox"/> Outros	

Dr. Jorge

Médico  
CRM





PREFEITURA MUNICIPAL DO ALTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



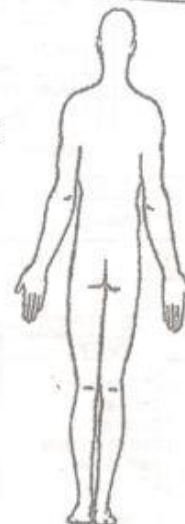
PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Bos Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

GESTANTE

IG p/ semana: \_\_\_\_\_ Movimentos fetais: \_\_\_\_\_  
Perda de líquido: \_\_\_\_\_ BCF: \_\_\_\_\_  
☐ Com cartão ☐ Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

1. Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
2. Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (relaxada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
	Extensão (descerebração)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3. Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Primeira vítima de acidente de trânsito, vítima de queda de moto, não se apresenta ferimentos expostos na MTD tibia e fíbula.

André Philippe Barbosa Cortês  
Técnico de Enfermagem  
Coren-RR 1388466-TE



03/01/2020

... Guia de Atendimento 17 ...

160 Enfermagem

081.058.491-75



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação

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

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

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

2001204873	03/01/2020 09:41:19	FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA		DIURNO 07-19	69
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
COSMO MORAIS SOUSA	06/03/1970	49 A 9 M 28 D	704605148741327	57753652249	00176796
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	1385154	SSP/MA		M	SOLTEIRO(A)PARDA
Mãe	EXPEDITA MORAIS SOUSA				
Endereço	AVENIDA - 1 DE JULHO, S/N - 531 - CENTRO - ALTO ALEGRE - RR				
		Pai	NC	Contato	(95) 99172-2723
				Ocupação	GARÇOM

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA				
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTANEA		KERYLEN.LORRAYNA		

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)

*Pct Pronto de HC, sultu. rest*

Exame Físico

*Ambo. 6 O/ Meado distendido em região verrucosa de pi @*

Hipótese Diagnóstica

*Tricla P*

SADT - Exames Complementares

☐ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>AO C.C.</i>		
<i>ALTA Hospitalar</i>		

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório

☐ Alta a Pedido de Reprodução Original ☐ 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: kerylen.lorrayna Data Hora: 03/01/2020 09:44:11	





*Paor*

**SUS** Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **PAAR**

2 - CNES: **176496**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **PAAR**

4 - CNES: **176496**

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **Osmei Moraes Alun**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: **176496**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **71014100151198714113127**

8 - DATA DE NASCIMENTO: **06/03/70**

9 - SEXO: **Masc. ☒ Fem. ☐**

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **Expedito Moraes Souza**

11 - TELEFONE DE CONTATO: **959911722723**

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **Av. 02 de Julho 531 centro**

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Alto Alegre**

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: **1**

15 - UF: **RN**

16 - CEP: **69350970**

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: **FX após do pulm + nervos do ole**  
**2º PDD**

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: **Univ.**

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): **Exo. In - 1 P+**

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **Desordem em 2º PDD**

21 - CID 10 PRINCIPAL: **20**

22 - CID 10 SECUNDÁRIO: **FEV 7-71**

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: **Cardio e Dia de 3 a 4 horas**

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **Desordem em 2º PDD**

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **20**

26 - CLÍNICA: **Ort**

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **Ort**

28 - DOCUMENTO: **( ) CNS ( ) CPF**

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **03/01/2020**

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **Dr. Ulber**

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **03/01/2020**

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **03/01/2020**

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA: **39 - CNPJ EMPRESA**

37 - Nº DO BILHETE: **38 - SÉRIE**

39 - CNPJ EMPRESA: **40 - CNAE DA EMPRESA**

41 - CBOR: **42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR**

45 - DOCUMENTO: **46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR**

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)**

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: **49**

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR**

45 - DOCUMENTO: **46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR**

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)**

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: **49**

**PAAR**



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE: <i>Orme Morais Silva</i>			
DIAGNÓSTICO:			
ALERGIAS:		HAS	DM2
IDADE:		LEITO	DATA: <i>03/01/2020</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN		
5	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA		
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5		
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN		
10	<i>Cefepodoxima 400g EV 12/12h</i>		
11	<i>clindamicina 600g EV 6/6h</i>		
12			
13			
14	<i>alto</i>		
15			
16			
17			
18			
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
20	SSVV + CCGG 6/6 H		
21	CURATIVO DIÁRIO		
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			
<p><b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b></p> <p># ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE</p> <p># EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM QUEIXAS ALGÍCAS.</p> <p># SOLICITADO:</p> <p># CONDUTA:</p> <p># PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:</p> <p># PREVISÃO DE ALTA:</p>			
<p><i>Dr. Marcos Aguiar</i> Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 11.195</p>			
SINAIS VITAIS			
	PA	FC	FR
6 H			
12 H			
18 H			
24 H			
MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			

03/08/2020 14:00:00  
 Dr. Paulo Sérgio de Souza  
 10.2 - Assinado digitalmente por Paulo Sérgio de Souza  
 AUTENTICAÇÃO  
 03/08/2020 14:00:00  
 Centro e Dou. Sa. que a presente  
 e a reprodução desta  
 e a reprodução desta







HOSPITAL DAS CLINICAS Dr. WILSON FRANCO  
RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL  
GERAL DE RORAIMA/HGR

DATA: 03/01/20 *Carlos Monair de Souza* DN: 1/1  
PACIENTE: *fr osos para + recente de*  
DIAGNÓSTICO(S):

DIH: 1/1/1 Dieta:   
KANBAM:   
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA 1/1/1): Hb:   
Ur:   
Cr:   
Leuc:   
Seg:   
Plaquetas:   
Na:   
K:   
Ca:   
Cl:   
HCO<sub>3</sub>:   
PH:   
BE:   
PO<sub>2</sub>:   
PCO<sub>2</sub>:   
EAS:   
CULTURAS (1/1/1):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA 1/1/1): Hb:   
Ur:   
Cr:   
Leuc:   
Seg:   
Plaquetas:   
Na:   
K:   
Ca:   
Cl:   
HCO<sub>3</sub>:   
PH:   
BE:   
PO<sub>2</sub>:   
PCO<sub>2</sub>:   
EAS:   
IMAGEM

ANTIBIÓTICO  
USADO:

JUSTIFICATIVA DE  
ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

*Paciente de fratura osso na  
perna + fr 20 ppm pi of  
recente trauma com dor*

*Encaminhado ao HGR  
desbranhamento*

Dr. Marcus Brunner  
CRM-RR 1917

Boa Vista, 03 de 01 de 2020. Hora:   
CRM 1

Assinatura/carimbo do Médico Assistente  
Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

CRM 1

Assinatura/carimbo do Médico



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	COSMO MORAIS DE SOUZA				
AGNÓSTI	FX OSSOS DA PERNA + NECROSE PPD				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	49 ANOS	LEITO	334	DATA	3/1/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SSF 500ML EV ACM				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTE				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 .IMMHC				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIARIO SN				
14	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6 HORAS				
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
DR MARCELO MARQUES CRM 1918					
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					
24 H					



2019

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação: ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.:  
Reclassificação: ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.:  
Reclassificação: ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.:

DIURNO 07-19 11

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

1901181902 03/11/2019 14:41:54

Paciente: COSMO MORAIS SOUSA  
Tipo Doc: Documento  
IDENTIDADE 1385154  
Mão: EXPEDITA MORAIS SOUSA  
Endereço: AVENIDA - 1 DE JULHO, S/N - 531 - CENTRO - ALTO ALEGRE - RR

Data Nascimento: 06/03/1970  
Sexo: M  
Estado Civil: SOLTEIRO  
Raça/Cor: (A) PARD  
Pai: NC

CNS: 704605148741327  
Naturalidade: MONCAO - MA  
Contato: (95) 99172-2723

CPF: 57753652249  
Nacionalidade: BRASILEIRA  
Ocupação: GARÇOM

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO  
Setor: GRANDE TRAUMA

Nº da Carteira: N° da Carteira  
Validade: Validade  
Autorização: Autorização  
Sis Prenatal: Sis Prenatal

Caráter do Atendimento: URGÊNCIA  
Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA  
Profissional do Atend.: Profissional do Atend.  
Procedência: Procedência  
Temp.: Temp.  
Peso: Peso  
Pressão: Pressão

Procedimento Sol.: Procedimento Sol.  
Registrado por: ADAO

Queixa Principal: ( ) Síndrome Febril ( ) Sintomático Respiratório ( ) Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)  
Paciente procedente de ALTO ALEGRE, trazido pelo pai  
Por acidente de moto apresentando lesão

Exame Físico: em M.E.

Hipótese Diagnóstica:

SADT - Exames Complementares  
RAIO-X ( ) ULTRA-SOM ( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG ( ) OUTROS:

PRESCRIÇÃO: APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

Condição: ( ) Alta por Decisão Médica ( ) Alta a Pedido ( ) Alta a Revelia ( ) Transferência para:  
( ) Ambulatório ( ) Observação (Até 24h) ( ) Internação  
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: adao  
Data Hora: 03/11/2019 14:43:56

1901181902





NIR

Transf: 11/11/19

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

NIR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXCUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Wesley Moraes Silva

176796

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704605148741327

DATA DE NASCIMENTO

06/03/70

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Expedita Moraes Sousa

95991722723

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Avenida 1 de Julho 531

Centro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Alto Alegre

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

RR 69350970

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fratura exposta grau III-A.M  
osso metacarpo, com deslocamento e hematoma

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Lesão ligamentar

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (R-X, EXAMES DE LABORATÓRIO, EXAMES DE IMAGEM)

RX



PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Lesão ligamentar metacarpo

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTERÍSTICA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

MARCELO ARRUDA

07/11/19

Dr. Marcelo Arruda  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM-RR 1243 / RQE: 550

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO CONTRATO

38 - Nº DE

39 - CNPJ LIMITE SA

40 - CNPJ DA LIMITE SA

41 - CNPJ

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREENHADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) ESTABELECIDO

( ) AUTENTADO

( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Nº DO DOCUMENTO

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - CNES

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CNP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

0408050600

5828

U799

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSÍLIO

Até 2.11





## BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Date: 05 / 11 / 20

OS.

Campo Mavai Souza

#### DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

#### INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

## ANESTHESIA

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INICIO:

FIM:

DURAÇÃO:

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Ponto em DDL com agulhamento;
2. AA + CCE;
3. LMC Geomina + desmoldamento + colocação de FE em ponto (D) + Sutura + Curativos;
4. A RPA.

2) ADMINISTRATIVE

Guillermo L. Cerna  
CRM-RR 2007

~~Dr. Marcelo Arruda~~  
~~Ortopedista/Traumatologista~~  
~~CRM-RR 12431 RQE-550~~





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Autonomia Patrimônio dos Roraimenses"

FICHA DE ANESTESIA

Cosmo Moraes Souza - 49 anos

03/11/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

AGENTES		N 20		02		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31		32		33		34		35		36		37		38		39		40		41		42		43		44		45	
DA	240																																																																
X	220																																																																
ULSO	200																																																																
AMES	180																																																																
X	160																																																																
OP	140																																																																
O	120																																																																
TEMP	100																																																																
ASPIR	80																																																																
A	60																																																																
RESP	40																																																																
O	20																																																																
Expost																																																																	
Assist																																																																	
Contro																																																																	
SÍMBOLOS		AB																																																															

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Bupivacaína	10mg	Região cost. lomb.	* Anest. esp. anest.
B. Lidocaína	240mg	Apnd. para mediana	1) Anest. esp. lomb.
C. Clonazepam	900mg	Sob vent. exposte	2) Ringer sb anest. nov. 13-14, R-ke 26, L-ke 26
D. Tenoxicam	40mg		3) 1-2-3-4 sb anest. nov. 13-14, R-ke 26, L-ke 26
E.			4) 1-2-3-4 sb anest. nov. 13-14, R-ke 26, L-ke 26
F.			5) 1-2-3-4 sb anest. nov. 13-14, R-ke 26, L-ke 26
G.			6) 1-2-3-4 sb anest. nov. 13-14, R-ke 26, L-ke 26
GLICOSE	LIQUIDOS	Cateter - Naso / Oro-faríngea	
NIÇO		Naso / Oro-faríngea - Cereb.	
SANGUE		Bal - Temp - Cateter do Tubo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL	1500 ml	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	Artroscopia tibial @ exposta.		
ANESTESIA	CÓDIGO	QUIRÚRGICO	PERDA SANGÜÍNEA

Alberto F. M. Almeida  
Médico Responsável  
CRM 10.000





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

49ª

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Cosmo Moreira Sousa	119-02	1901181902	03/11/19
CIRURGIA			

TIPO Fixação Externa de Tornozelo Direito.	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	16:50	19:25	

CIRURGIÃO	Res. Pablo	ANESTESISTA:	Dr. Fabiano	
	1º AUXILIAR	Res. Fernando	RES. ANESTESIA:	Res. Marcos
			INSTRUMENTADOR	

2º AUXILIAR		CIRCULANTE	Elizangela F. Hilona
-------------	--	------------	----------------------

PO DE ANESTESIA:	Raque	TEMPO DE DURAÇÃO:	
------------------	-------	-------------------	--

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500 ml	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
2	LUVA ESTERIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
3	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
2	LUVA ESTERIL 8.0		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO MONONYLON Nº 2.0 + 1	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 29			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		<input checked="" type="checkbox"/>	SURGICEL	
	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSE	
2	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº	
2	SERINGA 10ML		5	GLOFOAM	
3	SERINGA 20ML		1	TELA CARDIACA	
			1	OUTROS	

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







ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"  
CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: ORTO PEDIÁ	Procedimento Realizado: Fixação Externa Fm.T. Torso 2	
Nome do Paciente: Cosmo Moraes Souza			Nº do Prontuário	Data: 03/11/19
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala: 04	Circulante de Sala: Elisângela Helena Rosa Lourenço Adeilton
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:				

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (X) Empresa ( )		Dados Adicionais:	UNID.	QUANT.	MARCA
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM				
01	Fixador Externo 320 mm	Lote: 010455 Código: F08 8 208 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA SARTORI - LINEFIX TIBIA/FEMUR T 300 - ESTERIL Fab.:10/01/2019 Val.:01/2024 Registro Anvisa Nº 80083650031 Material ACO INOX/ALUMINIO		01	Sartori/Linefix
		Lutz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br			
		Lote: 010715 Código: AF55 8 680 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X C X 4,5 X 200 X T			
		Fab.:03/01/2019 Val.:01/2024 Registro Anvisa Nº 80083650026 Material ACO INOX F138			
		Lutz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br			

MÉDICO CIRURGIÃO: Res. Dr. Paulo 1º AUXILIAR: Res. Dr. Fernando  
INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_

1ª VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE  
2ª OPME/CME

Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Assunção  
CEP 69.310-911 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Fones: (68) 351-3121 / 3631  
E-mail: gpr@hgroraima.org.br

Paulo Sérgio de Souza  
Médico CRM 1902







SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ATIVIDADE DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA  
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Paciente: Edson Mendes Souza Data: 03/11/19  
Idade: 49 Setor/leito: G1 / 119-02  
Data de Nascimento: 06/03/1970 Idade: 49 Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim (X) Não  
Termo de Consentimento Cirurgia: ( ) Sim (X) Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

1. Informações: Pré-operatório de TMT

Jejum ( ) Sim (X) Não  
Protese ( ) Sim (X) Não  
Exames ( ) Sim (X) Não  
Reserva UTI ( ) Sim (X) Não  
Lateralidade ( ) Sim (X) Não  
PNE ( ) Sim (X) Não  
Alergia ( ) Sim (X) Não  
Qual: Reserva de Hemic  
Reserva de Hemic: Sim  
Outros: Sim

2. Chegou ao Cent: Cirúrgico  
Diagnóstico arteria  
Consente  
Com Suporte O2  
Agitado  
Sinais Vitais:  
T: 36.5 °C  
R: 12 rpm  
FC: 63 bpm  
PA: 130/70 mmHg  
SAT: 99 %  
Regular Irregular  
4. Anotações (Ac nissão do Paciente):  
paciente em TMT  
TT: cirurgia de  
End. Gasto. TMT  
acesso venoso ms  
pré, pós, aliq  
ms sangdo.  
aguardando  
curva  
Suporte: Roraima  
Ente: 349.95  
Código: 03/08/2020

INTRA-OPERATÓRIO

Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia
<u>16:12</u>	<u>16:29</u>	<u>16:50</u>	<u>19:25</u>	<u>—</u>

Cirurgia Realizada: Exatidão arteria  
ms @ TMT  
urquel  
Despau

Hidratação Infundida: Antididoloterapia  
Nome: Citramona +  
Dose: Cloridrato  
SG 5%: 500ml  
Outros: —

Nº de Compressas oferecidas: 15  
Nº de Compressas recolhidas: 15  
Exames na SO: Ht Hb Hemograma RX  
Gasometria Outros:

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

Sinais Vitais: Saída da SO  
T: 36.5 °C R: 12 rpm FC: 63 bpm  
PA: 130/70 mmHg SAT: 99 %  
Regular Irregular  
Destino: ( ) SRPA ( ) UTI ( ) Outros: —

SRPA

Anestesia	Cirurgia	Horário	T	FC	PA	SP02	ALDR	DOR
<u>urquel</u>	<u>TT: cirurgia de</u> <u>End. Gasto. ms</u> <u>TMT</u>	<u>0'</u>	<u>59</u>	<u>115x75</u>	<u>99%</u>	<u>6</u>	<u>0</u>	<u>—</u>
		<u>15'</u>	<u>59</u>	<u>103x70</u>	<u>98%</u>	<u>6</u>	<u>1</u>	<u>—</u>
		<u>30'</u>	<u>59</u>	<u>103x70</u>	<u>99%</u>	<u>8</u>	<u>1</u>	<u>—</u>
		<u>45'</u>	<u>59</u>	<u>103x70</u>	<u>99%</u>	<u>8</u>	<u>1</u>	<u>—</u>
		<u>1h</u>	<u>59</u>	<u>103x70</u>	<u>99%</u>	<u>8</u>	<u>1</u>	<u>—</u>
		<u>1h 30'</u>	<u>59</u>	<u>103x70</u>	<u>99%</u>	<u>8</u>	<u>1</u>	<u>—</u>
		<u>2h</u>	<u>59</u>	<u>103x70</u>	<u>99%</u>	<u>8</u>	<u>1</u>	<u>—</u>

Observações: —

Entrada: Medi caçol CH SNG/ Volume Dreno/Qual Hora SVD/Aspecto Dreno/Qual Outros

SAÍDA: —

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

16:40h - paciente em sala em RAI de tratamento cirúrgico de patologia exposta de dor no dorso direito com fixador externo. 300ml de soro de NaCl 0.9% em RAI em RAI. Ao exame físico, evidenciado compressão em região de fixação. Ao exame radiológico, aguardando punção medular e punção alta para o acesso, punção.

Ana Roraima  
Enfermeira  
03/08/2020





ANESTESIA DA INDUÇÃO ANESTESIA

Com novo sangue

com novo sangue

com novo sangue

com novo sangue

com novo sangue

com novo sangue

com novo sangue

com novo sangue

com novo sangue

com novo sangue

ANTES DA INCISÃO

Anestesiado a Fabiana de Aguiar

ANESTESIA CIRURGICA

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

A PROFILAXIA ANTITROMBOTICA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS. ☒ Não se aplica

☒ Sim, Qual: Hora: 14:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS. ☒ Sim ( ) Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (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 CORREIAS ☒ Sim ( ) Não ☒ Não se Aplicam

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 DESTE PACIENTE ☒ Sim ( ) Não ☒ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo



119102

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	Luis Mota	
AGNÓSTICO	fratura exposta de fêmur tibial, 2º DD e Dext	
ALERGIAS	HAS	NEGA
IDADE	49	DM2
LEITO		DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	5L
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	maior
3	SF 0,9% 500ML EV 8H	20 08 08 14
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	20 08 08 14
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	08
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	08 10 18
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	18 24 08 12
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	18 24 08 12
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
13	SSVV + CCGG 6/6 H	18 24 08 12
14	CURATIVO DIÁRIO	18 24 08 12
15	Clotrimazol 1g (10) 1x/dia	18 24 08 12
16	Clotrimazol 1g (10) 1x/dia	18 24 08 12
17	Clotrimazol 1g (10) 1x/dia	18 24 08 12
18		
19		
20		
21		

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

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA  
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
# PREVISÃO DE ALTA:

#### SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	130x80	59	19

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Colocação fixador externo LMC Exentia  
Sutura + fio de K am 2º PDD + bone  
Exentia.



119-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	01/11/2019	DN	
PACIENTE COSMO MORAIS SOUSA					
AGNÓSTICO FX DIAFISÁRIA DE TIBIA E FIBULA D					
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	49	LEITO	119-2	DATA	04/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre				5:00
7	ONDANSETRONA 8MG EV DE 8/8H SN				2
8	DIPIRONA 500MG EV DE 6/6H				18
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				18
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				20
11	SSVV + CCGG 6/6 H				20
12	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				20
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA				20
15	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				20
16	NALBUFINA 10MG + AD 9ML FAZER 5ML EV DE 6/6H SN				20
17	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN				20
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				20
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.					
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA					
# SOLICITADO:					
# CONDUTA: MANTIDA					
<b>SINAIS VITAIS:</b>					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	125/67	64		36°C	
18 H	112/70	65		36°C	
24 H	122/77	67		36°C	
				Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia	

FORO  
AFERIDO SSVV  
SEM MEDICAMENTOS CRM  
LEITO OS CUIDADOS  
6 CUIDOS  
Geiziane Melo de Souza  
CRM-RR 292.369 - TE

12h verificadas SSVV e  
administradas medicações C.P.M  
Está sem acompanhante. Refere  
algia no MTD





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Data: ____/____/20__		Enfermaria: _____	
Nome Completo: _____		Leito: _____	
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:		REGULAÇÃO TÉRMICA	
( ) Entorregente ( ) Mióticas ( ) Midriática ( ) Afebril ( ) Febril ( ) Hipertérmico		( ) Alterações: _____	
( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes			
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
( ) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia ( ) Aspiração			
Oxigenoterapia: ( ) Sim ( ) Não Qual: _____			
SISTEMA CARDIOVASCULAR		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso		( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico Ruidos hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente	
Exame Físico: Bómbas Cardíacas: _____ Pulso: _____		Alterações: _____	
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		AUMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Fralda ( ) Uropen ( ) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT		Ação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial	
( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Gistostomia		Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia	
( ) Irrigação contínua ( ) Outros: _____		Alterações: _____	
CARACTERÍSTICAS DA PELE		Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente	
( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Edema Local: _____		Risco de Lesão Sinalizado: _____	
( ) Normocorada ( ) Ictérica ( ) Anictérica			
Lesão por pressão: ( ) Sim ( ) Não Região: _____			
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 constipação ( ) Risco de integridade da pele prejudicada ( ) Eliminação urinária prejudicada	
( ) Risco de desequilíbrio do volume ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ( ) Comunicação deficiente		( ) Volume de líquidos excessivo ( ) Padrão de sono prejudicado	
( ) Volume de líquidos deficiente ( ) Déficit no autocuidado para higiene			
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda		6. Estado Mental	
Não 0 Orientado/limitado/conhece as limitações		0 ( ) Manter grades laterais elevadas	
Sim 25 Superestima capacidade/Esquece limitação		15 ( ) Identificar o risco de queda na placa de identificação	
2. Diagnóstico Secundário		TOTAL: _____	
Não 0 Risco Baixo: 0 - 24		( ) Auxiliar o paciente na higiene	
Sim 15 Risco Médio: 25 - 44		( ) Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama	
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		( ) Manter cama com rodas travadas	
Não 0 Risco Alto: Maior que 45		( ) Necessidade de contenção ao leito	
Sim 20 Sinalização do Risco: _____		( ) Manter vigilância de ____/____ horas	
4. Auxílio na Deambulação		( ) Calçado seguro nos pés	
Nenhuma/Acamado/Auxiliado 0		( ) Material de uso pessoal ao alcance da mão	
Muleta/Bengala/Andador 15			
Mobilidade Paralela 30			
5. Marcha/Deambulação			
Normal/Sem deambulação/Acamado 0			
Frac 10			
Comprometida/Cambaleante 20			
Registro Geral: _____			
Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____			



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJLWT 6DFT5 KPUFG 7PVMIB





119-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																																			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																																			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																																			
PRESCRIÇÃO MÉDICA																																			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	01/11/2019	DN																															
PACIENTE COSMO MORAIS SOUSA																																			
AGNÓSTICO FX DIAFISÁRIA DE TIBIA E FIBULA D																																			
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2																															
IDADE	49	LEITO	119-2	DATA	05/11/2019																														
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																														
1	DIETA ORAL livre				SnD																														
7	ONDANSETRONA 8MG EV DE 8/8H SN				SnD																														
8	DIPIRONA 500MG EV DE 6/6H				42 18 24																														
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				24																														
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				24																														
11	SSV + CCGG 6/6 H				24																														
12	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				40 24																														
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA				42 18 24																														
15	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				40 24																														
16	NALBUFINA 10MG + AD 9ML FAZER 5ML EV DE 6/6H SN				24																														
17	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN				40 24																														
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				40 24																														
19																																			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI; 251-300 4UI; 301-350 6UI; 351-400 8UI; ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA																																		
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>																																			
<p># ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.</p> <p># EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA</p> <p># SOLICITADO:</p> <p># CONDUTA: MANTIDA</p>																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">SINAIS VITAIS</th> <th colspan="2"># PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:</th> <th colspan="2">FR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td>PA</td> <td>FC</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>104/62</td> <td>75</td> <td></td> <td>36,5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>124/69</td> <td>73</td> <td></td> <td>36,5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>140/90</td> <td>72</td> <td></td> <td>36,5</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						SINAIS VITAIS		# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:		FR		6 H	PA	FC				12 H	104/62	75		36,5		18 H	124/69	73		36,5		24 H	140/90	72		36,5	
SINAIS VITAIS		# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:		FR																															
6 H	PA	FC																																	
12 H	104/62	75		36,5																															
18 H	124/69	73		36,5																															
24 H	140/90	72		36,5																															
<p>Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia</p>																																			

32h. medicação e p.m. aferida  
SSV, realizado novo AVE.  
Segue nos cuidados de enfermagem.

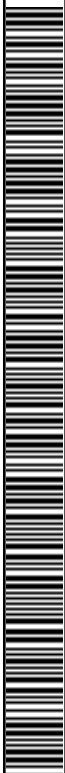
Jacqueline Vieira de Aguiar  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 25997-TE

Georgina Melo de Souza  
COREN-RR 292.369-TE



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
GOVERNO DE RORAIMA					HGR		ORÇAMENTO E FINANÇAMENTO	
PRESCRIÇÃO MÉDICA								
DATA DE ADMISSÃO			DIH	01/11/2019	DN			
PACIENTE COSMO MORAIS SOUSA								
AGNÓSTICO FX DIAFISÁRIA DE TIBIA E FIBULA D								
ALERGIAS			HAS	SIM	DM2			
IDADE	49	LEITO	119-2	DATA	06/11/2019			
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO		
1	DIETA ORAL livre					SND		
7	ONDANSETRONA 8MG EV DE 8/8H SN					SN		
8	DIPIRONA 500MG EV DE 6/6H					24 06		
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					7 SN		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG							
11	SSV + CCGG 6/6 H					Retina		
12	TILATIL 20MG EV DE 12/12H					10 22		
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA					06		
15	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H					24 06		
16	NALBUFINA 10MG + AD 9ML FAZER 5ML EV DE 6/6H SN					7 SN		
17	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN							
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H					10 22		
19								
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							
EVOLUÇÃO MÉDICA:								
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.								
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA								
# SOLICITADO:								
# CONDUTA: MANTIDA								
SINAIS VITAIS								
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:								
# PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO								
6 H	PA	FC	FR					
12 H	110x80	63	-	35,7				
18 H	120x70	60	-	36,5				
24 H								
				Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia				

12 hrs pct no leito, medicado c.p.m.,  
Verificado SSV. Teletado sangue p/ exame e encaminhado ao laboratório de exames - 952076





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	01/11/2019	DN	
PACIENTE COSMO MORAIS SOUSA					
AGNÓSTICO FX DIAFISÁRIA DE TIBIA E FIBULA D					
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	49	LEITO	119-2	DATA	06/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre				SN
7	ONDANSETRONA 8MG EV DE 8/8H SN				SN
8	DIPIRONA 500MG EV DE 6/6H				SN
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	SSVV + CCGG 6/6 H				Retina
12	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				SN
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA				SN
15	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				SN
16	NALBUFINA 10MG + AD 9ML FAZER 5ML EV DE 6/6H SN				SN
17	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN				SN
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				SN
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.					
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA					
# SOLICITADO:					
# CONDUTA: MANTIDA 06h PA, 125/68 FC: 62					
<b>SINAIS VITAIS:</b>					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	150x90	80		35,3°C	
18 H	118/82	67		36°C	
24 H	114/69	68			
Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia					

12h - pt. no leito, medicado cpm, aferido 55 UC

18/11 - pt. em casa, sem dor, sem medicação, sem curativo, sem SSVV.



SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EMPREENTE				4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - RDT DO EMPREENTE	
5 - NOME DO PACIENTE				Cosmo morais Sousa	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
704605148241327				06/03/20	
9 - SEXO				M	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - SELEÇÃO DE CONTATO	
Expedita morais Sousa					
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - COEFICIENTE MUNICIPAL	
Alto Alegre				R.R	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
4 dias de dor abdominal tipo cólica, com febre, com náuseas e vômitos.					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS PRESTATAS (DE EXAMES DE LABORATÓRIO)					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
21 - NÚMERO DO CONTRATO/ARRECADATÓRIO/RECEIÇÃO					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
24 - CLÍNICA					
25 - CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO					
26 - DOCUMENTO					
27 - Nº DOCUMENTO (CÓDIGO DO EMPREENTE) / Nº TANTAS (CÓDIGO DO EMPREENTE)					
28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
29 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CENES (CENES)					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)					
07/11/19					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
31 - ACIDENTE DE TRABALHO					
32 - CHUVA DE SEGURADOR					
33 - ACIDENTE DE TRÁFEGO					
34 - CHUVA DE SEGURADOR					
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO					
36 - CHUVA DE SEGURADOR					
37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
38 - EMPREGADO					
39 - EMPREGADOR					
40 - DATA DO ACIDENTE					
41 - LOCAL DO ACIDENTE					
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO					
43 - DOCUMENTO					
44 - Nº DOCUMENTO (CÓDIGO DO EMPREENTE) / Nº TANTAS (CÓDIGO DO EMPREENTE)					
45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
46 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CENES (CENES)					
04/15040035					
R02					
5828					
V299					





BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 07.11.19 OS \_\_\_\_\_

COSSMO ROBERTO SILVA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA exposta do osso PERNA (D)  
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: CURATIVO cirúrgico + manuseio de FIXADOR  
TIPO DE INTERVENÇÃO: a mesma (CURATIVO cirúrgico)  
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: NA  
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: a mesma

CIRURGIÃO: JAMARCO ALBERTO 1º AUXILIAR: J. PATRICK ROBERTO  
2º AUXILIAR: INSTRUMENTADORA:  
3º AUXILIAR: ANESTESIA:  
ANESTESISTAS: DR. JOSEFATTA ANESTÉSICO: ROLFI  
INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Constata-se a fratura exposta do osso PERNA (D)  
devido ao trauma sofrido.  
O limpa fratura exposta do osso, com exposição de bolhas,  
retiradas as partes aderidas.  
O osso foi bem manuseado por 07+ com ref. de fixação  
na sala cirúrgica e também foi realizado o fechamento da  
cicatriz de pele.

@ W. F. J. W.

Dr. Marcelo Arruda  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM-RR 12345 - RQE: 550





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
 www. "Arquiteto Roberto Burle Marx" .br

## FICHA DE ANESTESIA

Cosmo! morena's Souza

PRÉ-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - HORA - EFEITO

1900 FANTON 12 100mg + mirtazapine 3mg

07.11.18

A G E N T E S		10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200	210	220	230	240	250	260	270	280	290	300	310	320	330	340	350	360	370	380	390	400	410	420	430	440	450	460	470	480	490	500	510	520	530	540	550	560	570	580	590	600	610	620	630	640	650	660	670	680	690	700	710	720	730	740	750	760	770	780	790	800	810	820	830	840	850	860	870	880	890	900	910	920	930	940	950	960	970	980	990	1000
LIQUIDOS	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200	210	220	230	240	250	260	270	280	290	300	310	320	330	340	350	360	370	380	390	400	410	420	430	440	450	460	470	480	490	500	510	520	530	540	550	560	570	580	590	600	610	620	630	640	650	660	670	680	690	700	710	720	730	740	750	760	770	780	790	800	810	820	830	840	850	860	870	880	890	900	910	920	930	940	950	960	970	980	990	1000	
VENUDOS	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200	210	220	230	240	250	260	270	280	290	300	310	320	330	340	350	360	370	380	390	400	410	420	430	440	450	460	470	480	490	500	510	520	530	540	550	560	570	580	590	600	610	620	630	640	650	660	670	680	690	700	710	720	730	740	750	760	770	780	790	800	810	820	830	840	850	860	870	880	890	900	910	920	930	940	950	960	970	980	990	1000	
2A	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200	210	220	230	240	250	260	270	280	290	300	310	320	330	340	350	360	370	380	390	400	410	420	430	440	450	460	470	480	490	500	510	520	530	540	550	560	570	580	590	600	610	620	630	640	650	660	670	680	690	700	710	720	730	740	750	760	770	780	790	800	810	820	830	840	850	860	870	880	890	900	910	920	930	940	950	960	970	980	990	1000	
3	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200	210	220	230	240	250	260	270	280	290	300	310	320	330	340	350	360	370	380	390	400	410	420	430	440	450	460	470	480</																																																					

ECG, FC, SPO<sub>2</sub>, PNT

ko 7

19.  $BO_2$

AGENTES	05 <sup>os</sup>	INDICAÇÃO	MONITORIZAÇÃO
A. BUPIVACAÍNA 12mg		RANQUINVESTESIN	XCHECK LIST AP. ANESTESIA
B.		LOW BAR PARA INJEÇÃO	+ MONITORIZAÇÃO
C.		SIMPLES COM CATETER	
D.		DE O <sub>2</sub>	1. O <sub>2</sub> SOB CATETER NASAL
E.			
F.			
G.			
GLUCOSE	1200000	Central - Novo 1000ml	
ÁGUA		Novo 1000ml - 0,9%	
SANGUE		Novo 1000ml - 0,9%	
SFAS 1.000ml		Novo 1000ml	
TOTAL	1.000ml	12mg	
OPERAÇÃO	LIMPEZA MECÂNICO-CIRÚRGICA DE FENDURA E TIGIM E FIBILA (E)		
PROFESSOR	DR. UIRIARARO	DR. MARCELO	COMPATIVEL

DR. URBAN JAROS

Dr. MORENO

Compassive

Re: ~~CONFIDENTIAL~~





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

49 anos.

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Vitorino Mendes Souza				07 III 19	
<b>CIRURGIA</b>					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
curativo cirurgico em MID		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		19:20	19:33		
<b>EQUIPE MÉDICA</b>					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		Dr. Olynayara		
Dr. Marcelo Almeida	RES. ANESTESIA:		Dr. Eversson		
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
Dr. Patrick					
AUXILIAR	CIRCULANTE		pilsara / Socorro		
TIPO DE ANESTESIA: Roraima		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
<input type="checkbox"/>	PACOTES GAZE C/10			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICK	
	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS Pan			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº			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			CHRA P/ OSO	
	SERINGA 05 ML			CHRA P/ OSO	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		<input checked="" type="checkbox"/>	GROGOM	
	SERINGA 20ML		<input type="checkbox"/>	FIZ CARDIACA	
				OUTROS: cloro yid. deyl	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Ana Renata			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	SUB- TOTAL		
		Luciano	TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJLWT 6DFT5 KPUFG 7PVM





SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA  
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Carolina Maria Soares Idade: 49 Setor/leito: 114-2 Data: 02/12/2019

Data de Nasc: 06/03/1970 Idade: 49 Setor/leito: 114-2 Data: 02/12/2019

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

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

SRPA

**DADOS PRÉ-OPERATÓRIO**

Cirurgia Proposta: Exatoma de abdômen

2. Informações laboratoriais: Exatoma de abdômen

3. Sinais vitais: FC 65 bpm PA 105 x 65 mmHg SAT 94 % Temperatura 36,5 °C

4. Anotações Admissão do Paciente: Exatoma de abdômen

**INTRA-OPERATÓRIO**

Entrada na Sala: 14:15h Início da Anestesia: 14:30h Término da Cirurgia: 19:32h Término da Anestesia: 19:32h

Cirurgia Realizada: Exatoma de abdômen Anestesia: Exatoma de abdômen Posicionamento: Exatoma de abdômen

SG S&C: Exatoma de abdômen Dose: Exatoma de abdômen Hora: Exatoma de abdômen

Outros: Exatoma de abdômen Hora: Exatoma de abdômen

Nº de Compressas oferecidas: Exatoma de abdômen

Nº de Compressas recebidas: Exatoma de abdômen

Exames na SO: Exatoma de abdômen

1. M: Exatoma de abdômen 2. H: Exatoma de abdômen 3. H: Exatoma de abdômen 4. H: Exatoma de abdômen 5. H: Exatoma de abdômen 6. H: Exatoma de abdômen 7. H: Exatoma de abdômen 8. H: Exatoma de abdômen 9. H: Exatoma de abdômen 10. H: Exatoma de abdômen 11. H: Exatoma de abdômen 12. H: Exatoma de abdômen

Legenda: 1. Exatoma de abdômen 2. Exatoma de abdômen 3. Exatoma de abdômen 4. Exatoma de abdômen 5. Exatoma de abdômen 6. Exatoma de abdômen 7. Exatoma de abdômen 8. Exatoma de abdômen 9. Exatoma de abdômen 10. Exatoma de abdômen 11. Exatoma de abdômen 12. Exatoma de abdômen

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)**

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

**BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/POÓS OPERATÓRIO)**

Entrada: Exatoma de abdômen Saída: Exatoma de abdômen

Medicação: Exatoma de abdômen CH: Exatoma de abdômen SNG/Vol: Exatoma de abdômen Dreno/Qual: Exatoma de abdômen Hora: Exatoma de abdômen SVD/Aspetto: Exatoma de abdômen Dreno/Qual: Exatoma de abdômen Outros: Exatoma de abdômen

**Sinais Vitais**

Horário: Exatoma de abdômen T: Exatoma de abdômen FC: Exatoma de abdômen PA: Exatoma de abdômen SPO2: Exatoma de abdômen AIDRE: Exatoma de abdômen DOR: Exatoma de abdômen

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)**

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

**BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/POÓS OPERATÓRIO)**

Entrada: Exatoma de abdômen Saída: Exatoma de abdômen

Medicação: Exatoma de abdômen CH: Exatoma de abdômen SNG/Vol: Exatoma de abdômen Dreno/Qual: Exatoma de abdômen Hora: Exatoma de abdômen SVD/Aspetto: Exatoma de abdômen Dreno/Qual: Exatoma de abdômen Outros: Exatoma de abdômen

**Sinais Vitais**

Horário: Exatoma de abdômen T: Exatoma de abdômen FC: Exatoma de abdômen PA: Exatoma de abdômen SPO2: Exatoma de abdômen AIDRE: Exatoma de abdômen DOR: Exatoma de abdômen

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)**

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

**BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/POÓS OPERATÓRIO)**

Entrada: Exatoma de abdômen Saída: Exatoma de abdômen

Medicação: Exatoma de abdômen CH: Exatoma de abdômen SNG/Vol: Exatoma de abdômen Dreno/Qual: Exatoma de abdômen Hora: Exatoma de abdômen SVD/Aspetto: Exatoma de abdômen Dreno/Qual: Exatoma de abdômen Outros: Exatoma de abdômen

**Sinais Vitais**

Horário: Exatoma de abdômen T: Exatoma de abdômen FC: Exatoma de abdômen PA: Exatoma de abdômen SPO2: Exatoma de abdômen AIDRE: Exatoma de abdômen DOR: Exatoma de abdômen

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)**

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

**BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/POÓS OPERATÓRIO)**

Entrada: Exatoma de abdômen Saída: Exatoma de abdômen

Medicação: Exatoma de abdômen CH: Exatoma de abdômen SNG/Vol: Exatoma de abdômen Dreno/Qual: Exatoma de abdômen Hora: Exatoma de abdômen SVD/Aspetto: Exatoma de abdômen Dreno/Qual: Exatoma de abdômen Outros: Exatoma de abdômen

**Sinais Vitais**

Horário: Exatoma de abdômen T: Exatoma de abdômen FC: Exatoma de abdômen PA: Exatoma de abdômen SPO2: Exatoma de abdômen AIDRE: Exatoma de abdômen DOR: Exatoma de abdômen

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)**

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

**BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/POÓS OPERATÓRIO)**

Entrada: Exatoma de abdômen Saída: Exatoma de abdômen

Medicação: Exatoma de abdômen CH: Exatoma de abdômen SNG/Vol: Exatoma de abdômen Dreno/Qual: Exatoma de abdômen Hora: Exatoma de abdômen SVD/Aspetto: Exatoma de abdômen Dreno/Qual: Exatoma de abdômen Outros: Exatoma de abdômen

**Sinais Vitais**

Horário: Exatoma de abdômen T: Exatoma de abdômen FC: Exatoma de abdômen PA: Exatoma de abdômen SPO2: Exatoma de abdômen AIDRE: Exatoma de abdômen DOR: Exatoma de abdômen

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)**

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

**BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/POÓS OPERATÓRIO)**

Entrada: Exatoma de abdômen Saída: Exatoma de abdômen

Medicação: Exatoma de abdômen CH: Exatoma de abdômen SNG/Vol: Exatoma de abdômen Dreno/Qual: Exatoma de abdômen Hora: Exatoma de abdômen SVD/Aspetto: Exatoma de abdômen Dreno/Qual: Exatoma de abdômen Outros: Exatoma de abdômen

**Sinais Vitais**

Horário: Exatoma de abdômen T: Exatoma de abdômen FC: Exatoma de abdômen PA: Exatoma de abdômen SPO2: Exatoma de abdômen AIDRE: Exatoma de abdômen DOR: Exatoma de abdômen

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)**

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

**BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/POÓS OPERATÓRIO)**

Entrada: Exatoma de abdômen Saída: Exatoma de abdômen

Medicação: Exatoma de abdômen CH: Exatoma de abdômen SNG/Vol: Exatoma de abdômen Dreno/Qual: Exatoma de abdômen Hora: Exatoma de abdômen SVD/Aspetto: Exatoma de abdômen Dreno/Qual: Exatoma de abdômen Outros: Exatoma de abdômen

**Sinais Vitais**

Horário: Exatoma de abdômen





ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INCISÃO

Anestesiologista: Dr. Paulo Sérgio de Souza (R. Quirino)Cirurgião: Dr. Paulo Sérgio de Souza (R. Quirino)CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA  
EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E  
FUNÇÃO: (x) Sim ( ) NãoCIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO  
CONFIRMARAM VERBALMENTE:(x) 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

(x) REVISÃO DA EQUIPE DE ENTERRAMENTO:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e  
outros estão presentes e dentro da validade de  
esterilização (incluindo resultado do indicador). Há  
questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer  
preocupações.A PROFISSÃO ANTIMICROBIANA FOI  
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

(x) Não se aplica

( ) Sim

Qual: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE  
OPERAÇÕESOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENTERRAMENTO  
OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM  
VERBALMENTE COM A EQUIPE:1- O NOME DO PROCEDIMENTO  
REGISTRADO

(x) Sim ( ) Não

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

(x) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA  
PATOLOGICA ESTA IDENTIFICADA  
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

( ) Sim ( ) Não (x) Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO  
PARA SER RESOLVIDO

( ) Sim (x) Não

( ) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A  
EQUIPE DE ENTERRAMENTO REVISAM  
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A  
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE

(x) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

Data: 07.11.19

Assinatura

Hora





GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDOFATOR

NOME DO PACIENTE

PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

DATA/HORA

PRESCRIÇÃO

HORARIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DISCULPACÕES

QUANTO

TIPO

PRESCRIÇÃO

caso clínico

01/11/19 08:00 am após 14 dias de internação

08:00 am 100mg de 24 horas

08:00 am 100mg de 24 horas

08:00 am 100mg de 24 horas

08:00 am 100mg de 24 horas

08:00 am 100mg de 24 horas

08:00 am 100mg de 24 horas

08:00 am 100mg de 24 horas

08:00 am 100mg de 24 horas

08:00 am 100mg de 24 horas

08:00 am 100mg de 24 horas

08:00 am 100mg de 24 horas

Dr. Marcelo Arruda  
Otorrinolaringologista  
CRM-PR 1243/BOE: 550



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA				HCR		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH	01/11/2019	DN			
PACIENTE COSMO MORAIS SOUSA							
ACIDENTE FX DIAPHRAGMA DE TIBIA E FIBULA D							
ALIM DIAS		HAS	SIM	DM2			
LEITO		119-2	DATA	08/11/2019			
PRESCRIÇÃO						HORÁRIO	
DIETA: GELADA						5ND	
ONDANETRONA 8MG EV DE 8/8H SN						SN	
DIPYRIDA 500MG EV DE 6/6H						24° 06° 32	
GRAMPOSIN 100MG + SFD 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA						SN	
CAPSULA 25mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						SN	
SSV 100MG VO DE 12/12H						22° 10	
OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA						24° 06° 32	
CLINDAMICINA 300MG EV OU VO DE 6/6H						SN	
NALBEXINA 30MG + AD 90ML FAZER 5ML EV DE 6/6H SN						SN	
TRAMADOL 50MG VO DE 8/8H SN						SN	
MORFINA 10MG VO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H						22° 10	
SE Houver necessidade de correção com INSULINA REGULAR (SC), 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40% PLANTONISTA							
ENFERMAGEM 3 ML 12/12H							
PACIENTE EM BOA CONDICAO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COM ATUANTE, SEM SINAIS ALGICAS, FUNCOES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACTUANTE ADEQUADA EXAME FÍSICO: HEMODINÂMICO, ANIETÉRICO, AFEBRIL, MUCOSAS ROSAS, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR DE PERNA DIREITA							
FICHA DE EVOLUÇÃO							
SINAIS VITAIS		FR	T	Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia			
16	129x76 73		36C				
107.63	63		36.3				



Plano de tratamento 19.05.07  
Paciente medicado C.P.M.  
cumprido SSV, T.C. 200mg  
CORREN 8766 9172



119-2.

GOVERNO DE RORAIMA		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		
PRESCRIÇÃO MÉDICA												
DATA DE ADMISSÃO			DIH		01/11/2019		DN					
PACIENTE COSMO MORAIS SOUSA												
AGNÓSTICO FX DIAFISÁRIA DE TIBIA E FIBULA D												
ALERGIAS			HAS		SIM		DM2					
IDADE			49		LEITO		119-2		DATA		09/11/2019	
ITEM			PRESCRIÇÃO							HORÁRIO		
1			DIETA ORAL livre							SN		
7			ONDANSETRONA 8MG EV DE 8/8H SN							SN		
8			DIPIRONA 500MG EV DE 6/6H							SN		
9			TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA							SN		
10			CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG							SN		
11			SSV + CCGG 6/6 H							SN		
12			TILATIL 20MG EV DE 12/12H							SN		
13			OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA							SN		
15			CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H							SN		
16			NALBUFINA 10MG + AD 9ML FAZER 5ML EV DE 6/6H SN							SN		
17			TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN							SN		
18			CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H							SN		
19												
20			SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA									
EVOLUÇÃO MÉDICA:												
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.												
#EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA												
#SOLICITADO:												
#CONDUTA: MANTIDA												
SINAIS VITAIS:												
#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:												
#PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO												
12 H			109x65		65		35.9C					
18 H			103x62		62		36.6C					
24 H			100x70		61		36C					
Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia												

06/11/108x84/64

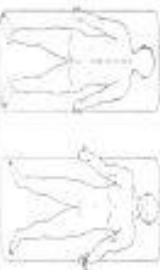
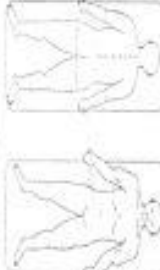
36C

+ Administrado medicação de horário com; Verificado SSV + Ace. Médica




## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <u>Carma Maria Sousa</u>	Leito: <u>119.2</u>	Data: <u>09/11/2019</u>	

Localização		Região: <u>LSO</u>		Região: <u>LSO</u>
Etiologia	<input type="checkbox"/> ILPP I II III IV 2º <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outros:			
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose/ Amarel/ Negra <input type="checkbox"/> Escarro <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros:			
Pele Periferecional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema/ Rubor <input type="checkbox"/> Outros:			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outros:			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Limbo <input type="checkbox"/> Seco			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outros:			
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outros:			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Roraima Maria <u>Carma Maria Sousa</u> TCC <u>Carma Maria Sousa</u> COFE <u>Carma Maria Sousa</u>			
Observações:	Ass: <u>Carma Maria Sousa</u> TCC <u>Carma Maria Sousa</u> COFE <u>Carma Maria Sousa</u>			



 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>						 	
DATA DE ADMISSÃO		DIH	01/11/2019		DN		
PACIENTE <b>COSMO MORAIS SOUSA</b>							
AGNÓSTICO <b>FX DIAFISÁRIA DE TIBIA E FIBULA D</b>							
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2			
IDADE	49	LEITO	119-2	DATA	10/11/2019		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL livre					SNB	
7	ONDANSETRONA 8MG EV DE 8/8H SN					SNB	
8	DIPIRONA 500MG EV DE 6/6H					32-18 24-06	
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					SNB	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SNB	
11	SSVV + CCGG 6/6 H					24-06	
12	TILATIL 20MG EV DE 12/12H					24-10	
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA					24-06	
15	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H					32-18 24-06	
16	NALBUFINA 10MG + AD 9ML FAZER 5ML EV DE 6/8H SN					SNB	
17	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN					SNB	
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H					24-10	
19							
20	<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).</b> 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						
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>							
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA							
<b>SINAIS VITAIS</b> # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO							
6 H	PA	FC	FR				
12 H	130 x 80	85	-	36,5°			
18 H	130 x 80	72	-	36,4°			
24 H	113/71	67	18	35,9°			
				Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia			

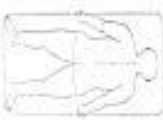






Dr. Odinechi Okemir  
Médico  
CRM-RR 1851

Grh: Realizados os estudos  
cop. m. valcher  
Marinilda S. Rechi  
Aut. Enfermeira  
COREN-BR 043007645

Grh de 11.11.19  
PP: 120/70 P: 78 R: 18  
T: 35,9°  
Rosivane A. Delmiro  
Téc. em Enfermagem  
COREN-BR 583580



	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	
	Protocolo nº 1	Versão: 08
Paciente: <i>Esmeralda Manoel Souza</i>		Data: <i>10/11/19</i>
Leito: <i>119-2</i>		

Localização	 	Região: <u>PA-I.D.</u>	 	Região: _____
Etiologia	Grau: I (X) II (X) ( ) L.P. I II III IV 9º ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____			
Aparência do Leito	( ) Necrose Amarela/Negra ( ) Esfúculo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____ ( ) Normal (X) Mucrado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____			
Pele Perilesional	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossangüíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____			
Tipo de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco (X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%			
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____			
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	<div></div>			
Observações:				



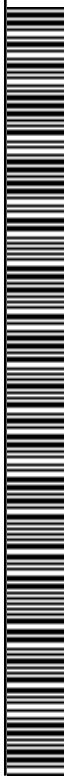
119-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																				
PRESCRIÇÃO MÉDICA																				
DATA DE ADMISSÃO			DIH	01/11/2019	DN															
PACIENTE	COSMO MORAIS SOUSA																			
AGNÓSTICO	FX DIAFISÁRIA DE TIBIA E FIBULA D																			
ALERGIAS																				
IDADE	49	HAS	SIM	DM2																
LEITO	119-2	DATA	11/11/2019																	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO															
1	DIETA ORAL livre				8h/18h															
7	ONDANSETRONA 8MG EV DE 8/8H SN				8h/18h															
8	DIPIRONA 500MG EV DE 6/6H				18h 24h 06															
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				7h/18h															
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				7h/18h															
11	SSVV + CCGG 6/6 H				8h/18h															
12	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				10h/22h															
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA				18h 06															
15	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				18h 34h 06															
16	NALBUFINA 10MG + AD 9ML FAZER 5ML EV DE 6/6H SN				7h/18h															
17	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN				7h/18h															
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				10h/22h															
19	AO HC																			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA																			
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>																				
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.																				
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA																				
# SOLICITADO:																				
# CONDUÇÃO: MANTIDA																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SINAIS VITAIS</th> <th>PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA</th> <th>FR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td>PA</td> <td>FC</td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>114 x 74</td> <td>66 16 36°C</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						SINAIS VITAIS	PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA	FR	6 H	PA	FC	12 H	114 x 74	66 16 36°C	18 H			24 H		
SINAIS VITAIS	PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA	FR																		
6 H	PA	FC																		
12 H	114 x 74	66 16 36°C																		
18 H																				
24 H																				
Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia																				

12:00h. Feito SSVV, adm. as med. cpm.  
Realizando AUP. msc, jeko 20.

CCG 2019 G. M. Araújo  
Téc. de Enfermagem  
CRM-RR 534.504

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJLWT 6DFT5 KPUFG 7PVM







HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE**

**RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC**

Eu Cosmo Morais Sousa CPF nº \_\_\_\_\_

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguara justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferencia para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguara;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmo que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 11 de março de 20 19.

Assinatura do paciente: Cosmo Morais Sousa

Responsável:

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ . Hora: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



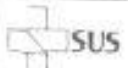
 <b>GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA</b> Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação/Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.		2ª Classificação/Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.		3ª Classificação/Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	
1901191264 26/11/2019 15:07:51		<b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>		CLÍNICA MÉDICA		DIURNO 07-19 153	
Paciente <b>COSMO MORAIS SOUSA</b>		Data Nascimento <b>06/03/1970</b>		Idade <b>49 A 8 M 20 D</b>		CNS <b>704605148741327</b>	
Tipo Doc <b>IDENTIDADE 1385154</b>		Órgão Emissor <b>SSP/MA</b>		Sexo <b>M</b>		CPF <b>57753652249</b>	
Mão <b>EXPEDITA MORAIS SOUSA</b>		Estado Civil <b>SOLTEIRO(A)</b>		Raça/Cor <b>MONCAO - MA</b>		Prontuário <b>00176796</b>	
Endereço <b>AVENIDA - 1 DE JULHO, S/N - 531 - CENTRO - ALTO ALEGRE - RR</b>		Pai <b>NC</b>		Naturalidade <b>BRASILEIRA</b>		Contato <b>(95) 99172-2723</b>	
Cláss. de Risco		Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>		Nº da Carteira		Validade	
Motivo do Atendimento <b>SPA - PRONTO ATENDIM</b>		Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>		Profissional do Atend.		Procedência	
Setor <b>PRONTO ATENDIMENTO</b>		Tipo de Chegada <b>DEMANDA ESPONTANEA</b>		Procedimento Sol.		Temp.	
Queixa Principal		Registro por <b>EDVAN NASCIMENTO</b>		Peso		Pressão	
Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)		AD: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6					
<i>paciente encaminhado ao HC PI admission de desordem mental com MD</i>							
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica							
SANT - Exames Complementares							
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
<i>Prescrição de comorbidade comorb</i>							
<i>Laudinei Junior</i> <i>Medico</i> <i>CRM-RR 1882</i>				<i>26.11.2019</i>			
Conduta							
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica				<input type="checkbox"/> Ambulatório			
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido				<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)			
<input type="checkbox"/> Alta a Revelar				<input type="checkbox"/> Internação			
<input type="checkbox"/> Transferência para:				Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____			
óbito							
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica			
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: edvan.nascimento Data Hora: 26/11/2019 15:08:55							



Trans + 06/12/19

NIR

Anexo I

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		<b>NIR</b>		LADO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>													
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES									
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES									
<b>Identificação do Paciente</b>													
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO									
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO							
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO									
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				13 - UF		14 - CEP							
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				16 - CID		17 - CID							
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>													
18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS													
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO													
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)													
21 - CID 10 PRIMÁRIO								22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>													
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO								25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA								27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE								29 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE								31 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE								33 - ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO					
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>													
34 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO								35 - Nº DO BULETE				36 - SÉRIE	
37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO								38 - CNPJ DA EMPRESA				39 - CNAE DA EMPRESA	
39 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO								40 - CNPJ DA EMPRESA				41 - CBO	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA								43 - ( ) EMPREGADO				44 - ( ) EMPREGADOR	
45 - ( ) EMPREGADO								46 - ( ) EMPREGADOR				47 - ( ) AUTÔNOMO	
48 - ( ) EMPREGADO								49 - ( ) EMPREGADOR				50 - ( ) DESEMPREGADO	
51 - ( ) EMPREGADO								52 - ( ) EMPREGADOR				53 - ( ) APOSENTADO	
54 - ( ) EMPREGADO								55 - ( ) EMPREGADOR				56 - ( ) NÃO SEGURO	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>													
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR								44 - Nº DO ORGÃO EMISSOR				45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO								47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
49 - ( ) CNES								50 - ( ) CNES				51 - ( ) CNES	
52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO								53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				54 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



TC/41

401.3

$P_3 = 4.5$

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	COSMO MORAIS SOUSA				
DIAGNÓSTICO	FRAT DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FIBULA D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	429	DATA	26/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5 N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				4 N
5	SF 0.9% 500ML EV SN				5 N
6	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				SUSP
7	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H				14 22
8	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X DIA EM JEJUM				06
9	TENOXICAM 20MG EV 12/12H				18 0
10	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				5 N 22 0
14	ONDOSETRONA 8MG EV 8/8H SN				5 N
15	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR IN				5 N
16	CAPTOPRIL 25MG VO SE PA > 160/110mmHG				5 N
17	CURATIVO DIÁRIO SN / SSVV + CCGG 6/6 H				Reino
18	<p><i>FRANCEN A. P.S. H. G.</i></p> <p><i>plantonista / Unilanca</i></p> <p>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</p>				USA
19					
20					
EVOLUÇÃO MÉDICA					
<p>DR MARCUS BRUNNER CRM 1917</p> <p>DR MARCELO MARQUES CRM 1918</p>					
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	100x60	82		37.9c	
18 H					
24 H	100x60	74		36.6c	

16:15  
Intense  
PR. 100 x 70 mmHg  
FC. 87 bpm.  
T. 36.5°C

066m-5500  
84x84x49  
84  
13374

 Kátia de Conceição Costa  
Técnica em Enfermagem  
COREN-RR 629.963

**A CERTIFICAÇÃO**

20 JUN 2004

presente

(Original)

7-18-04

Dr. Anderson P. Silva  
Médico Traumatologista  
Ortopedia e Traumatologia  
CNPJ nº 1743

Silvia Maria Souza Aguiar  
Técnica de Enfermagem  
COREN/RN 0629.841 TE





+C

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE <i>Osório Moraes Sousa</i>					
AGNÓSTICO <i>Fx de fratura de fêmur e fíbula (S)</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	DATA <i>27/11/19</i>		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>SN</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				<i>manh</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>12.00 24.00</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>06.00</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>SN</i>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				<i>SN</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>12.00 24.00</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>06.00</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				<i>suspensão</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				<i>suspensão</i>
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>SN</i>
17	SSVV + CCGG 6/6 H				
18	CURATIVO DIÁRIO				
19					
20					
21					
<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:</b> 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b> # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: RX: # CONDUZA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:					
<i>Dr. Aguiar</i> CRM RR 195					
<b>SINAIS VITAIS</b>					
6 H	PA	FC	7 FR	MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
12 H	<i>90x50</i>	<i>84</i>	<i>36.3c</i>		
18 H	<i>120x90</i>	<i>80</i>	<i>36.6c</i>		
24 H	<i>110x80</i>	<i>79</i>	<i>36.6c</i>		

*Aline O. de Castro*  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 0000000000

*Maria Fátima Barros*  
*Juliana*

*Juliana*  
Vida de Vida Brilhante  
Instituto de Enfermagem  
FUNDADA EM 1970

*20/11/19*  
*Adriana C. de Aguiar*  
Enfermeira  
CRM RR 195

*103 SN*  
*PA = 100x60*  
*FC = 64*  
*TA = 36.8c*



GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				HGR
DATA DE ADMISSÃO		DIH	26/11/2019	DN		
PACIENTE		COSMO MORAIS SOUSA				
DIAGNÓSTICO		FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA + NECROSE PDD				
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE		LEITO	401-3	DATA	29/11/2019	
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SND
2	AVP					manhã
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H					22-10-12-18-24-06
4	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H					SND
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN					06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					SND
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN					SND
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					SND
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SND
11	CURATIVO DIÁRIO					Realizar
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						
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>						
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.						
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA E CURATIVO EM PÉ D						
# PRE						
<b>SINAIS VITAIS</b>						
6 H	PA	FC	FR	DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
12 H						
18 H						
24 H						

07h 13h. administrados 1 hem. @ epm. Luc Elisabet

Realizado medicação das 18 h. Realizado medicação das 24 h.

22 Feito novo AVP  
jeito do MSD.  
tec. Luziane.

Obs: paciente em uso de  
TETRAZOLAM 500mg  
DOSSAGEM 100mg

Tram S...  
Alex de...  
CUREM-RI 2019-11-10



401-3

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA		HER Hospital Geral de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH	26/11/2019	DN	
PACIENTE	COSMO MORAIS SOUSA				
DIAGNÓSTICO	FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA + NECROSE PDD				
ALERGIAS					
IDADE	HAS	DM2			
LEITO	401-3	DATA	30/11/2019		
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				infante
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				12 18 24
4	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12 18 24
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				22 SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				08
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO,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				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				M. Rocha
13					
14					
15					
16					
<p><b>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</b></p>					
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>					
<p># ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.</p> <p># EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA E CURATIVO EM PÉ D</p> <p># PRE</p>					
<b>SINAIS VITAIS</b>					
6 H	PA	FC	FR	DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
12 H					
18 H					
24 H					


Trocado acervo venoso.

07 as 12  
for sem modificação.  
C P M

Adm. antibióticos  
deu não adm. adreana  
sele. — R





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	26/11/2019	DN	
PACIENTE COSMO MORAIS SOUSA					
DIAGNÓSTICO FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA + NECROSE PDD					
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO	401-3	DATA	01/12/2019	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				18h
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				12h
4	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				18h
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				14h
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06h
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				14h
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				14h
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				14h
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,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.					
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA E CURATIVO EM PÉ D					
# PRE					
<div style="text-align: right;">   Dr. Augustus Cavalcante  CRM-RR 1964  RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA </div>					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					

07/12/19 - Administração e Inj (3) (4) feito AVP ms (E) zelco 20  
Tcc Ufrr

Administrado medicação das 18hs  
Gm. Tici Rosário

Muito  
Mica  
Cavalcante  
Foi  
ps. decomp





N 401-3 M

 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b> 																										
DATA DE ADMISSÃO		DIH	26/11/2019	DN																						
PACIENTE <b>COSMO MORAIS SOUSA</b>																										
DIAGNÓSTICO <b>FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA + NECROSE PDD</b>																										
ALERGIAS	HAS		DM2																							
IDADE	LEITO	<b>401-3</b>	DATA	<b>02/11/2019</b>																						
ITEM					HORÁRIO																					
1	DIETA ORAL LIVRE				SN																					
2	AVP				manter																					
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				30																					
4	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12 18 24 06																					
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SN																					
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA																									
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN																					
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 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				rotacion																					
12	SSVV + CCGG 6/6H				rotacion																					
13																										
14	SOLICITO NOVOS EXAMENS				OK																					
15																										
16																										
<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ; 351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA																										
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>																										
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.																										
# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA E CURATIVO EM PÉ D																										
# PRE																										
 Dr. Jesus Arce Lopez Aguirre CRM-RR 566																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">SINAIS VITAIS</th> <th rowspan="5"> DR AUGUSTO CAVALCANTE  CRM-RR 1964  RESIDENTE EM ORTOPEDIA E  TRAUMATOLOGIA </th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	6 H	PA	FC	FR	12 H				18 H				24 H			
SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																						
6 H	PA	FC	FR																							
12 H																										
18 H																										
24 H																										

De 31/05/23  
Adm. medicacao  
Cpm  
Aux. de Enfermagem  
COREN RR 252.974-MAX

38. Adm. medicacao e  
Segun aos cuidados  
da equipe de enferme  
ger







PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: 401  
NOME: Corno homi. Pavi Corno Moura de Sousa  
IDADE: 41 REGISTRO: \_\_\_\_\_  
BLOCO: D ENFERMARIA: 401 LEITO: 03  
UTI: \_\_\_\_\_ EMERGÊNCIA: \_\_\_\_\_

DE: ORTOPEDIA PARA: CARPOPELITE

Dados Clínicos:  
Paciente é portador de HbS  
Solicito placa cinzenta  
02/12/19  
Data  
Dr. Jesus A. Lopes Aguiar  
CRM-R 566  
Médico

02/12/19 18:30  
# Ruiz Amarelo Cardiologista  
# Cirurgia - Correção de fratura em MIO  
# HPL: mega comorbidades, mega alergias, boa cicatrização e coagulação (sic); HF negat DAC; DSC?, ex tabagista (há 1 ano), etilista leve.  
Ao exame - eufórico, corado, assintomático.  
ACV - RER, RT, SNF e sopros PA=110x70mmHg FC=89bpm.  
AR - MURM, sem RA  
ABD - flácido, indolor  
MMII - sem edemas, MIO fratura distal.  
OP. DISCRETA CD: Aguardo laboratório / ECG / RXT  
Aguardar exames e resultados.  
1/1  
Data  
Médico

Lab (29/11) - cancelado  
RXT - o nome não encontrado  
ECG - não encontrado no prontuário e não encontrado



+

401-3

m

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																														
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																														
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																														
PRESCRIÇÃO MÉDICA																														
DATA DE ADMISSÃO		DIH	26/11/2019	DN																										
PACIENTE	COSMO MORAIS SOUSA																													
DIAGNÓSTICO	FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA + NECROSE PDD																													
ALERGIAS	HAS DM2																													
IDADE	LEITO	401-3	DATA	03/12/2019																										
ITEM					HORÁRIO																									
1	DIETA ORAL LIVRE				SN																									
2	AVP				SN																									
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				SN																									
4	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				SN																									
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SN																									
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				SN																									
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN																									
8	TRAMAL 100MG + SFD, 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				SN																									
12	SSVV + CCGG 6/6H				SN																									
13																														
14	SOLICITO NOVOS EXAMENS																													
15																														
16																														
<b>SE DIABÉTICO</b> 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																														
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>																														
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS. # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA E CURATIVO EM PÉ D # PRE																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">SINAIS VITAIS</th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						SINAIS VITAIS					6 H	PA	FC	FR		12 H					18 H					24 H				
SINAIS VITAIS																														
6 H	PA	FC	FR																											
12 H																														
18 H																														
24 H																														
DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																														

06. (VO) BUB.

Carlos Brigue La Rosa  
Médico  
CRM-RR 153

as 24 hs o medicamento mudou  
de 100 (4) clindamicina. CP.M.  
Rafael







## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR		Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <u>Leandro M. Souza</u>		Letto: <u>4033</u>	Data: <u>03/12/19</u>		

Localização			Região: <u>M. T. D.</u>			Região: _____
Etiologia	Grau: I ( ) II (2) <input type="checkbox"/> L.P.P I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____					
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfácelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____					
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____					
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>AGC</u>					
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h					
Profissional que realizou procedimento:	<u>Revisado</u> <u>Liberto</u> <u>Leandro M. Souza</u>					
Observações:	    					



M 401-3

 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b> 					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	26/11/2019	DN	
PACIENTE <b>COSMO MORAIS SOUSA</b>					
DIAGNÓSTICO <b>FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA + NECROSE PDD</b>					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE	LEITO	401-3	DATA	04/12/2019	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				manter
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				10h
4	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12h 18h 24h 06
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				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				manter
12	SSVV + CCGG 6/6H				manter
13					
14	SOLICITO NOVOS EXAMENS				manter
15					
16	<b>SE DIABÉTICO</b> 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				
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS. # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA E CURATIVO EM PÉ D # PRE					
<b>SINAIS VITAIS</b>					
6 H	PA	FC	FR	DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
12 H					
18 H					
24 H					

as 18h foi adm  
medicação de  
item 4





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Data: ____/____/20		Enfermaria: _____	
Nome Completo: _____		Leito: _____	
Hipótese Diagnóstica: _____			
Precaução: ( ) Sim ( ) Não ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos			
Alergia: ( ) Sim ( ) Não Qual(is): _____		Sexo: ( ) F ( ) M	
Paciente Indígena: ( ) Sim ( ) Não Necessidade de intérprete? ( ) Sim ( ) Não		Qual idioma: _____	
Possui acompanhante: ( ) Sim ( ) Não		Obs: _____	
Deambulação: ( ) Normal ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Comprometida			
SISTEMA NEURÓLOGICO			
( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Não Reage ( ) Alterações: _____			
PUPILAS		REGULAÇÃO TÉRMICA	
( ) Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midriáticas ( ) Afebril ( ) Febril ( ) Hipertérmico		( ) Alterações: _____	
( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes			
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
( ) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia ( ) Aspiração			
Oxigenoterapia: ( ) Sim ( ) Não Qual: _____			
SISTEMA CARDIOVASCULAR		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico ( ) Normotensão ( ) Distendido ( ) Glóboso		( ) Pulsos Cheios ( ) Filiformes ( ) Arritmico Ruidos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente	
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____		Alterações: _____	
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
( ) Espontânea ( ) SVO ( ) Fralda ( ) Uropen ( ) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT		( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Cistostomia Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial	
( ) Irrigação contínua ( ) Outros: _____		Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia	
CARACTERÍSTICAS DA PELE		Alterações: _____	
( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Normocorada ( ) Ictérica ( ) Anictérica		Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente	
Lesão por pressão: ( ) Sim ( ) Não		Edema Local: _____	
Região: _____		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		Quantidade: _____	
Dreno de: _____		Aspecto da secreção: _____	
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 constipação ( ) Risco de integridade da pele prejudicada ( ) Eliminação urinária prejudicada	
( ) Risco de desequilíbrio do volume ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ( ) Comunicação deficiente		( ) Volume de líquidos excessivo ( ) Padrão de sono prejudicado	
( ) Volume de líquidos deficiente ( ) Déficit no autocuidado para Higiene			
Escala de Morse		Prescrição de Cuidado Prev Quedas	
1. Histórico de Queda		6. Estado Mental	
Não 0 Orientado/limitado/conhece as limitações		0 ( ) Manter grades laterais elevadas	
Sim 25 Superestima capacidade/Esquece limitação		0 ( ) Identificar o risco de queda na placa de identificação	
2. Diagnóstico Secundário		15 ( ) Auxiliar o paciente na higiene	
Não 0 TOTAL:		( ) Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama	
Sim 15 Risco Baixo: 0 - 24		( ) Manter cama com rodas travadas	
3. Terapia Endovenosa/dispositivo calinizado		( ) Necessidade de contenção ao leito	
Não 0 Risco Médio: 25 - 44		( ) Manter vigilância de ____ horas	
Sim 20 Risco Alto: Maior que 45		( ) Calçado seguro nos pés	
4. Auxílio na Deambulação		( ) Material de uso pessoal ao alcance da mão	
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0			
Muleta/Bengala/Andador 15			
Mobiliário Parede 30			
5. Marcha/Deambulação			
Normal/Sem deambulação/Acamado 0			
Frac 10			
Comprometida/Cambaleante 20			
Registro Geral: _____			
Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____			



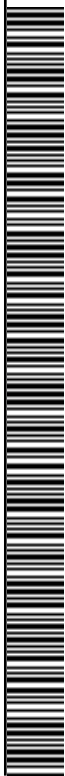
401-3

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA		HGR Hospital Geral de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH	26/11/2019	DN	
PACIENTE		COSMO MORAIS SOUSA			
DIAGNÓSTICO		FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA + NECROSE PDD			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	401-3	DATA	05/12/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				manter
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				20
4	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				22 24 06
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				SN
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				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				retirar
12	SSVV + CCGG 6/6H				retirar
13					
14	SOLICITO NOVOS EXAMENS				Atencas
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,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.					
# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA E CURATIVO EM PÉ D					
# PRE					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR	DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
12 H					
18 H					
24 H					

Administrado medicamentos item 021

medicamento  
AUX. DE  
COREIA

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJVLP LGN27 ADHVE DUPDK





## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas -  
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Cosme Moura Souza

Leito:



401-3

Data: 05/12/2019

Localização		Região: <u>MID</u>		Região: <u>MID</u>
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPI I II III IV 7* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input checked="" type="checkbox"/> Fator Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema/Rubor <input type="checkbox"/> Outro:
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Pele Periférica	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Renata Silva Rodrigues COREN 415212-AE	Renata Silva Rodrigues COREN 415212-AE	Renata Silva Rodrigues COREN 415212-AE	Renata Silva Rodrigues COREN 415212-AE
Observações:	Adonide Vieira Araújo Técnico em Enfermagem COREN 507 795/TE			



401-3

 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b> 					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	26/11/2019	DN	
PACIENTE <b>COSMO MORAIS SOUSA</b>					
DIAGNÓSTICO <b>FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA + NECROSE PDD</b>					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE		LEITO	401-3	DATA	06/12/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIMPA				SN
2	AVP				manter
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				10
4	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12 18
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 2X AO DIA				SN
8	TRAMAL 100MG EV OU 100MG EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				SN
9	MEDICINA 1 GOTA V.O. 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 MG EV 1X AO DIA CAS > 160/90 OU PAD > 110 MMHG				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				retener
12	SSVV + CCGG 6/6H				retener
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
<p>SE DIABÉTICO, INJEÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),          COM INSULINA: 200-250, 4UI; 251-300, 4UI; 301-350, 6UI;          351-400, 8UI; 401-450, 10UI E OUT GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE          60% 40 ML EV 1X AVIAR PLANTONISTA.</p>					
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>					
<p># ENCONTRO COM O PACIENTE DEBILITADO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,          ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS          ALGICAS.</p> <p># EXAME FÍSICO: BFC, LOTE, C/PO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,          NORMOCORADO, HILATADO, SEM SINAIS DE FÍSTULA EXTERNO EM PERNA          DIREITA E CURATIVO EM PÉ D.</p> <p># PRE</p>					
<b>SINAIS VITAIS:</b>					
6 H	PA	T	FR		
12 H					
18 H					
24 H					
<p>DR AUGUSTO CAVALCANTE          CRM-RR 1964          RESIDUÁRIO EM ORTOPEDIA E          TRAUMATOLOGIA</p>					







HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/HLI

Eu Carla Maria de Souza CPF nº \_\_\_\_\_

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmo que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de auditar, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 06 de 12 de 20 19.

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, 06 de 12 de 20 19. Hora: 11:00

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura/crimbo do Médico Regulador

Dr. André Luiz de Mello  
Médico  
CRM 11.419/2006





**HOSPITAL DAS CLÍNICAS Dr. WILSON FRANCO**  
**RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL**  
**GERAL DE RORAIMA/HGR**

DATA: 26/11/19  
PACIENTE: Cosmo Nóbrega, Suci DN: 1/1  
DIAGNÓSTICO(S): FRATURA EXTERNA TUBER. PULCR  
PECHOLO 70% DE UNIDADE  
DIH: 11/11/19  
KANBAM: Dieta:  
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA: / / ): Hb: Ht: Ur: Cr:  
Leuc: Seg: Plaquetas:  
Na: K: Ca: Cl: PO<sub>2</sub>: PCO<sub>2</sub>:  
HCO<sub>3</sub>: PH: BE:  
EAS:  
CULTURAS ( / / ):

**IMAGEM**

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA: / / ): Hb: Ht: Ur: Cr:  
Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:  
Cl: HCO<sub>3</sub>: PH: BE: PO<sub>2</sub>: PCO<sub>2</sub>:  
EAS  
IMAGEM

**ANTIBIÓTICO**

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

**TERAPIA INSTITUÍDA:**

As Proas de Cosmo  
Debidus e Cosmo

**EVOLUÇÃO CLÍNICA:**

Oss e Honei Hoguez pt 1  
Fevr

Boa Vista 26 de 11 de 2019 Hora:

Assinatura/carimbo do Médico Assistente CRM: /

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/carimbo do Médico CRM: /

Regulada 81 entrada pelo PAAR.







NOME:

Cosmo Moni

RECEBUE

LAUDO MONI

Dr. Cosmo

Intervista de Tomazom

©. com Alexia Xosho

por Tom Cosmo Xosho

Tomazom - no

monom

DATA 11/02/20

CLÍNICA ESPECIALIZADA DORONEL MOTA  
Rua Coronel Mota, 539 - Centro - 69000-000  
CEP: 69.001-100 - CMT: 04.013.4000001.00

Assinado digitalmente por Paulo Sergio de Souza  
Data: 03/08/2020 10:17  
12003





ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"



## FICHA DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

Bloco: 119-2

### I - DADOS DO PACIENTE:

DESCONHECIDO: ( ) SIM ( ) NÃO ENTRADA: 03/11/2019  
OBS: (COR/RAÇA, ESTATURA, VESTIMENTA....)

### II - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Cezario de Menezes Sousa  
DATA DE NASCIMENTO: 06/03/70 IDADE: 49 anos  
SEXO: ( ☒ ) FEM. ( ) MASC. TELEFONE: \_\_\_\_\_  
NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_ NATURALIDADE: Mangão - MA  
ENDEREÇO: Av. dos 10 de julho,  
Nº 534 BAIRRO: Penha CIDADE: Alto Alegre  
ACOMPANHANTE NA UNIDADE: \_\_\_\_\_  
PARENTESCO: \_\_\_\_\_ CONTATO: 99172.2723  
POSSUI DOCUMENTOS: ( ) SIM ( ) NÃO  
APRESENTA ALGUMA DEFICIÊNCIA: ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, QUAL? \_\_\_\_\_  
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ( ) SIM ( ) NÃO  
( ) BPC ( ) APOSENTADORIA ( ) AUXÍLIO DOENÇA ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

### III - CONDUTA PROFISSIONAL/ACOMPANHAMENTO:

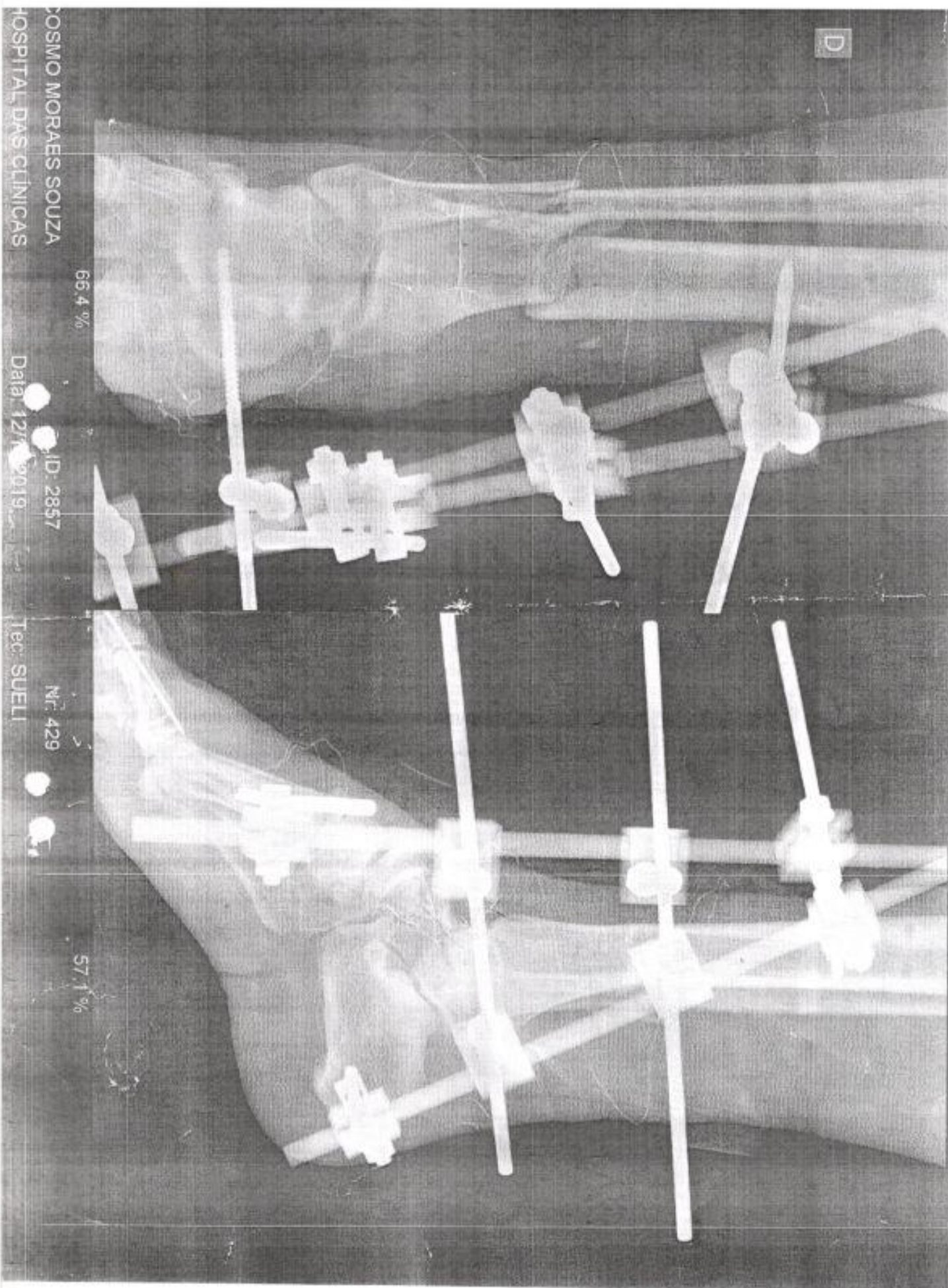
Paciente vítima de acidente de trânsito. Aguardando  
cirurgia. Realizado acolhimento. Contato telefônico  
sem êxito.

Maria do Rocio Prada Cordeiro  
Assistente Social  
CRESS 0086-27ª Região/RR

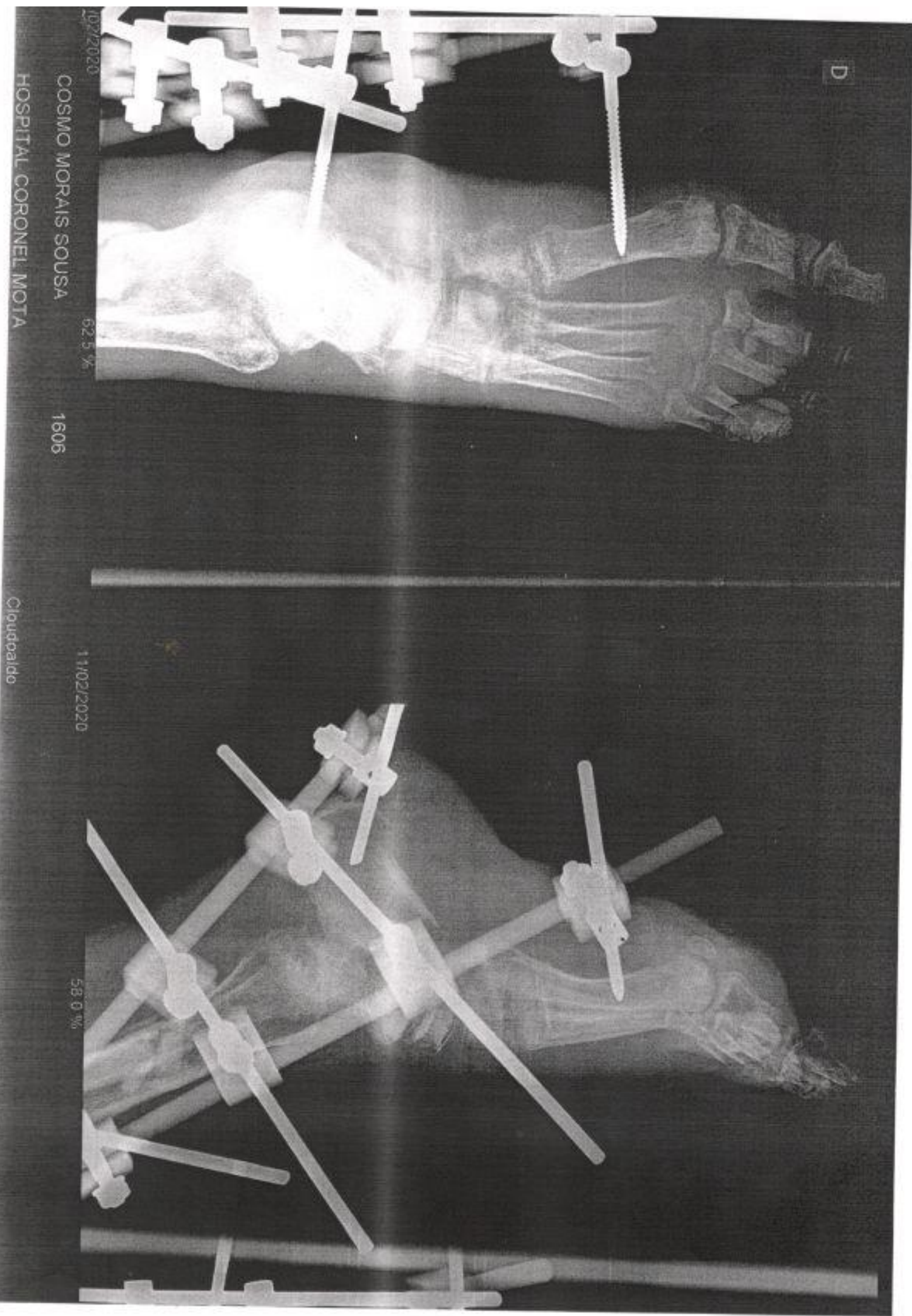
Paciente recebe visita ao prison, Ser ( ) comunicado  
(991457029). Será sua referência durante  
a internação.

Maria do Rocio Prada Cordeiro  
Assistente Social  
CRESS 0086-27ª Região/RR

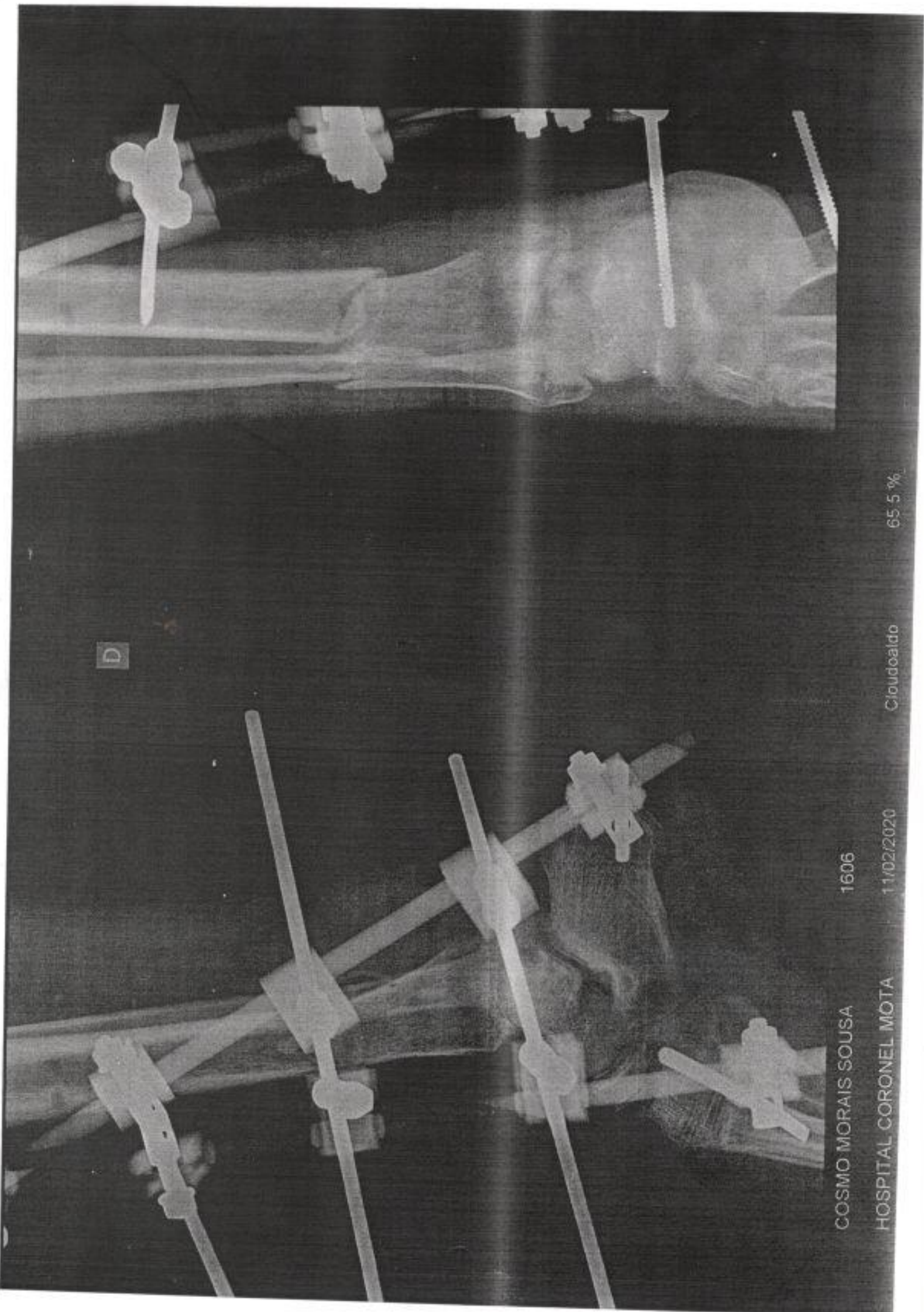












COSMO MORAIS SOUSA

1606

HOSPITAL CORONEL MOTA

11/02/2020

Cláudioaldo

65,5 %





05/08/2020: CONCLUSOS PARA DECISÃO.

Data: 05/08/2020

Movimentação: CONCLUSOS PARA DECISÃO

Complemento: Responsável: EDUARDO MESSAGGI DIAS

Por: GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO



Data: 05/08/2020

Movimentação: CONCEDIDO O PEDIDO

Por: EDUARDO MESSAGGI DIAS

Relação de arquivos da movimentação:

- Decisão





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**5ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - Centro - Boa Vista/RR - Fone: (95) 3198-4719 - E-mail: Scivelresidual@tjrr.jus.br

Proc. n.º 0816377-69.2020.8.23.0010

**DECISÃO**

1 – Recebo a emenda.

2 – **Defiro** o benefício da justiça gratuita, uma vez que é entendimento deste magistrado que a matéria em apreço comporta, como regra, referida concessão, salvo quando haja elementos contrários ao pedido ou havendo impugnação justificada da ré. Anote-se.

3–Nos termos do art. 4º do CPC, em respeito aos princípios da celeridade processual, da razoável duração do processo e da economia processual, **deixo de designar audiência conciliação**, uma vez que a experiência demonstra que, em ações desta natureza, a conciliação, em sua grande maioria, não se efetiva. Ademais, mister consignar que a autocomposição pode ser promovida ou requerida pelas partes a qualquer tempo (art. 139, V, do CPC).

4–Dou por suprida a citação, nos termos do art. 239, §1º do CPC, diante da apresentação espontânea de contestação.

5 –Intime-se a parte autora para, em 15 dias, manifestar-se, caso queira, em réplica.

6 – Nomeio como perito o Dr. Vitor Paracat. Fixo honorários periciais no importe de R\$ 200,00 (duzentos reais), nos moldes do Convênio de Cooperação nº 06/2015, celebrado entre o Tribunal de Justiça de Roraima e a parte Ré. O recolhimento do respectivo valor far-se-á em Cartório, no prazo de 10 (dez) dias, mediante guia própria disponibilizada no sítio do TJ/RR, dando ciência ao senhor Perito Judicial do depósito efetivado.

7 – Em regra, nos termos do artigo 95 do CPC, os honorários periciais serão adiantados pela parte que houver requerido a perícia ou rateada quando a perícia for determinada de ofício ou requerida por ambas as partes. Nos casos de beneficiário da justiça gratuita, a referida remuneração será integralmente adiantada pela parte Ré, nos termos dos itens 1.3 e 2.2.2 do Convênio de Cooperação nº 06/2015.

8 – Considerar-se-á falta de interesse na realização dessa prova pericial se a parte não cumprir com o seu dever de realizar, no prazo acima estipulado, o recolhimento dos honorários, seguindo-se o processo em seus demais atos processuais.

9 – Nos moldes do art. 465, § 1º, do CPC, intemem-se as partes para, no prazo de 15 (quinze) dias contados da intimação deste despacho, indicar assistente técnico, apresentar quesitos e, querendo, arguir impedimento ou suspeição do Perito(a) Judicial nomeado(a).

10 – Intimem-se as partes, **sendo o autor pessoalmente**, sobre a data da perícia a ser realizada na clínica do respectivo perito, ocasião em que deverá levar os exames anteriormente realizados.

11 – Nos termos do artigo 465 do CPC, fixo o prazo de 30 (trinta) dias para apresentação do laudo



pericial, a contar da data da realização da perícia.

12 – Deverá o servidor do cartório providenciar o acesso aos documentos necessários ao Perito(a) Judicial, via PROJUDI, para o exame pericial e/ou fotocópias das principais peças processuais (acaso precise), essas últimas às expensas das partes.

13 – Finalizado o exame, com a entrega do laudo em juízo, independentemente de nova decisão judicial, autorizo o levantamento da quantia pelo(a) senhor(a) Perito(a) Judicial.

14 – Após, nos termos do artigo 477, § 1º, do CPC, deverá o servidor do cartório intimar as partes, via sistema PROJUDI, para, querendo, se manifestarem no prazo comum de 15 (quinze) dias, podendo o assistente técnico de cada uma das partes, em igual prazo, apresentar seu respectivo parecer.

15 – Cumpra-se.

16 – Demais diligências e intimações necessárias.

Boa Vista, 5/8/2020.

**EDUARDO MESSAGGI DIAS**

Juiz de Direito

(Assinado Digitalmente - Sistema CNJ - PROJUDI)





06/08/2020: JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO.

Data: 06/08/2020

Movimentação: JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO

Por: GEORGIA NIADE ELUAN PERONICO

Relação de arquivos da movimentação:

- Ato Ordinatório





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**5ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - Centro - Boa Vista/RR - Fone: (95) 3198-4719 - E-mail: 5civelresidual@tjrr.jus.br

**ATO ORDINATÓRIO**

**INTIMAR as partes para ciência do Ep. 12.**

**INTIMAR** a parte autora para que , querendo, apresente réplica, no prazo legal.

**INTIMAR**, de ordem do MM. Juiz de Direito Titular da 5ª Vara Cível, nos moldes do art. 465, § 1º, do CPC, as partes para, no prazo de 15 (quinze) dias contados da intimação deste despacho/ato, indicar assistente técnico, apresentar quesitos e, querendo, arguir impedimento ou suspeição do Perito(a) Judicial nomeado(a).

Em ato contínuo, **INTIMAR** a parte requerida para pagamento dos honorários periciais, nos termos do item 1.3 e 2.2.2 do Convênio de Cooperação nº 06/2015.

Boa Vista, 06 de agosto de 2020.

**GEORGIA NIADE ELUAN PERONICO**  
Analista Judiciária





06/08/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 06/08/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 13) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/08/2020)

Por: GEORGIA NIADE ELUAN PERONICO



06/08/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 06/08/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de COSMO MORAIS SOUSA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 13) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/08/2020)

Por: GEORGIA NIADE ELUAN PERONICO



12/08/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 12/08/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 12/08/2020 com prazo de 15 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 13) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/08/2020) e ao evento de expedição seq. 14.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO



14/08/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE.

Data: 14/08/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Complemento: Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE ATO  
ORDINATÓRIO (06/08/2020)

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição



2732602- C3/ 2020-02503/ INVALIDEZ



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

**Processo: 08163776920208230010**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **COSMO MORAIS SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., em cumprimento ao despacho proferido por este Juízo, apresentar os seus quesitos.

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 graduação (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.**

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 13 de agosto de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RR 451-A**

**SIVIRINO PAULI**  
**101-B - OAB/RR**





17/08/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 17/08/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de COSMO MORAIS SOUSA) em 17/08/2020 com prazo de 15 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 13) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/08/2020) e ao evento de expedição seq. 15.

Por: SISTEMA CNJ



Data: 26/08/2020

Movimentação: JUNTADA DE CERTIDÃO

Por: DIEGO MARCELO DA SILVA

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão



26/08/2020: JUNTADA DE CERTIDÃO. Arq: Certidão

PROJUDI - Processo: 0832628-02.2019.8.23.0010 - Ref. mov. 57.1 - Assinado digitalmente por Diego Marcelo da Silva:79694152291

20/08/2020: JUNTADA DE CERTIDÃO. Arq: Certidão



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**5ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - Centro - Boa Vista/RR - Fone: (95) 3198-4719 - E-mail: 5civelresidual@tjrr.jus.br

**CERTIDÃO – DESIGNAÇÃO DE PERÍCIA**

Certifico e dou fé, em cumprimento a decisão judicial proferida nestes autos, que o **perito VITOR PARACAT SANTIAGO** agendou o dia **21/09/2020, às 08:00hs, atendimento por ordem de chegada, para a realização de perícia designada, que ocorrerá no seu consultório ITOR**– Instituto de Traumatologia e Ortopedia de Roraima, localizado na Avenida Nossa Senhora da Consolata, nº 930, Bairro Centro, Boa Vista-RR.

Certifico, ainda, que a parte autora deverá comparecer na mencionada data, no local acima indicado, e apresentar os seus documentos pessoais, boletim de ocorrência do acidente de trânsito, ou outra documentação médica referente ao ocorrido, que consiste no prontuário médico, eventuais exames e receituários.

A parte autora ficará desde já cientificada do seu dever de comparecer à perícia agendada, sendo que a sua falta injustificada acarretará na preclusão da produção da prova pericial, seguindo-se o processo em seus demais atos processuais.

Do que, para constar, lavro a presente certidão.

Boa Vista/RR, 20/8/2020.

**DIEGO MARCELO DA SILVA**  
Analista Judiciário

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSSE JKWPP CLKTU 86GGA

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJV8G LZ8PM M8NDJ 6D2AA



26/08/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 26/08/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 19) JUNTADA DE CERTIDÃO (26/08/2020)

Por: DIEGO MARCELO DA SILVA



26/08/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 26/08/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de COSMO MORAIS SOUSA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 19) JUNTADA DE CERTIDÃO (26/08/2020)

Por: DIEGO MARCELO DA SILVA



26/08/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE.

Data: 26/08/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição
- GUIA DE DEPOSITO



2732602- C3/ 2020-02503/ INVALIDEZ



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

Processo: 08163776920208230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **COSMO MORAIS SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do **RECIBO DE PAGAMENTO** em anexo, com fito de **comprovar o pagamento dos honorários do perito nomeado pelo Juízo**.

Termo em que,  
Pede Juntada.

BOA VISTA, 24 de agosto de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
OAB/RR 451-A

**SIVIRINO PAULI**  
101-B - OAB/RR





			<b>Nº DA CONTA JUDICIAL</b> 2000122424857		
<b>Nº DA PARCELA</b> 0		<b>DATA DO DEPÓSITO</b> 20/08/2020		<b>AGÊNCIA (PREF / DV)</b> 3797	<b>TIPO DE JUSTIÇA</b> ESTADUAL
<b>DATA DA GUIA</b> 20/08/2020		<b>Nº DA GUIA</b> 2732602	<b>Nº DO PROCESSO</b> 08163776920208230010		<b>TRIBUNAL</b> TRIBUNAL DE JUSTICA
<b>COMARCA</b> BOA VISTA		<b>ORGÃO/VARA</b> 5 VARA CIVEL RESIDUAL		<b>DEPOSITANTE</b> RÉU	<b>VALOR DO DEPÓSITO (R\$)</b> 200,00
<b>NOME DO RÉU/IMPETRADO</b>				<b>TIPO DE PESSOA</b> Juridico	<b>CPF / CNPJ</b>
<b>NOME DO AUTOR / IMPETRANTE</b> COSMO MORAIS SOUSA				<b>TIPO DE PESSOA</b> Fisica	<b>CPF / CNPJ</b> 57753652249
<b>AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA</b> 324EB62F4C09D36E					
<b>CÓDIGO DE BARRAS</b>					





27/08/2020: EXPEDIÇÃO DE MANDADO.

Data: 27/08/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE MANDADO

Complemento: Referente ao evento (seq. 19) JUNTADA DE CERTIDÃO(26/08/2020 13:51:23).

Natureza: Intimação. Parte: COSMO MORAIS SOUSA. Identificador do Cumprimento: 0001

Por: Adahra Catharinie Reis Menezes

Relação de arquivos da movimentação:

- Intimação





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**5ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - Centro - Boa Vista/RR - Fone: (95) 3198-4719 - E-mail: 5civelresidual@tjrr.jus.br

**MANDADO DE INTIMAÇÃO**  
**JUSTIÇA GRATUITA**

<b>Processo: 0816377-69.2020.8.23.0010</b>
Classe Processual: Procedimento Ordinário
Assunto Principal: Seguro
Valor da Causa: : R\$10.968,75
<b>Autor(s)</b> COSMO MORAIS SOUSA Rua: 05, 121 - Cidade Satélite - BOA VISTA/RR - E-mail: paulosouzavcm@hotmail.com - Telefone: (95) 98410-6442
<b>Réu(s)</b> Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205

**PESSOA A SER INTIMADA:**

<b>Autor(s)</b> COSMO MORAIS SOUSA Rua: 05, 121 - Cidade Satélite - BOA VISTA/RR - E-mail: paulosouzavcm@hotmail.com - Telefone: (95) 98410-6442
---

O MM. Juiz de Direito, **Dr. EDUARDO MESSAGGI DIAS**, titular da 5ª Vara Cível da Comarca de Boa Vista/RR, determina que o Sr. Oficial de Justiça a quem este for distribuído que, em cumprimento deste, proceda a **INTIMAÇÃO** da parte autora para comparecimento à **perícia designada para o dia 21/09/2020, às 08:00**, por ordem de chegada, a qual será realizada pelo médico-perito **VITOR PARACAT SANTIAGO**, que ocorrerá no seu consultório **ITOR – Instituto de Traumatologia e Ortopedia de Roraima**, localizado na Avenida Nossa Senhora da Consolata, nº930, Bairro Centro, Boa Vista-RR.

**ADVERTÊNCIA:** A parte autora fica desde já cientificada do seu dever de comparecer à perícia agendada, sendo que a sua falta injustificada acarretará na preclusão da produção da prova pericial, seguindo-se o processo em seus demais atos processuais.

**OBSERVAÇÃO:** A parte autora deverá comparecer pessoalmente na data e local acima indicados, e apresentar os seus documentos pessoais, boletim de ocorrência do acidente de trânsito, bem como da documentação médica referente ao ocorrido, que consiste no prontuário médico, eventuais exames e receituários, conforme manifestação do perito, cópia anexa. No cumprimento da(s) diligência(s) o Sr. Oficial de Justiça deverá observar o disposto no art. 212 do CPC.

Boa Vista, 26/8/2020.

**ADAHRA CATHARINIE REIS MENEZES**

Diretora de Secretaria

Por ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 5ª Vara Cível

Observações: 1 - Este processo tramita através do sistema computacional E-CNJ (Projudi), cujo endereço na web é <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/>. Para se habilitar neste envie a documentação (procurações, cartas de preposição, contestações) pertinente diretamente pelo sistema em arquivos com no Máximo 3MB cada. 2 - Caso o Advogado/Defensor/Procurador não esteja cadastrado no sistema PROJUDI, entrar em contato com a seção de Help Desk, localizada no prédio anexo ao Fórum Adv. Sobral Pinto, em horário comercial. Informações adicionais: atendimento@tjrr.jus.br ou (95) 3198-4141.



28/08/2020: REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO.

Data: 28/08/2020

Movimentação: REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO

Complemento: Distribuição realizada referente ao Mandado expedido (seq. 23) em 27/08/2020

11:31:38. Tipo: Distribuição Inicial Automática. Oficial de Justiça Designado: MARIA DA LUZ CANDIDA DE SOUZA. Parte: COSMO MORAIS SOUSA

Por: Giceane Moraes Da Silva



28/08/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 28/08/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 28/08/2020 com prazo de 5 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 19) JUNTADA DE CERTIDÃO (26/08/2020) e ao evento de expedição seq. 20.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO



28/08/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE.

Data: 28/08/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Complemento: Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO  
(26/08/2020)

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição



2732602- C3/ 2020-02503/ INVALIDEZ



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

**Processo: 08163776920208230010**

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **COSMO MORAIS SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a **HABILITAÇÃO** nos autos da patrono SIVIRINO PAULI, sendo **EXCLUÍDO** qualquer outro advogado que porventura esteja habilitado nos autos.

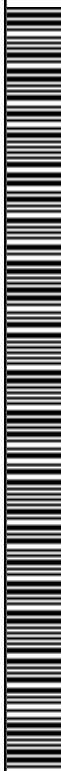
Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona SIVIRINO PAULI, inscrita sob o nº **101-B - OAB/RR** sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

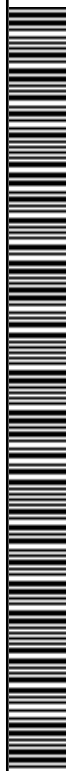
BOA VISTA, 27 de agosto de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RR 451-A**

**SIVIRINO PAULI**  
**101-B - OAB/RR**









28/08/2020: HABILITAÇÃO PROVISÓRIA.

Data: 28/08/2020

Movimentação: HABILITAÇÃO PROVISÓRIA

Complemento: Perito Oficial: VITOR PARACAT SANTIAGO habilitado até 26/11/2020 (90 dias)

Por: Arielly Né de Almeida



01/09/2020: JUNTADA DE CERTIDÃO.

Data: 01/09/2020

Movimentação: JUNTADA DE CERTIDÃO

Por: Eduardo Quezado do Nascimento Araújo

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**5ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - Centro - Boa Vista/RR - Fone: (95) 3198-4719 - E-mail: 5civelresidual@tjrr.jus.br

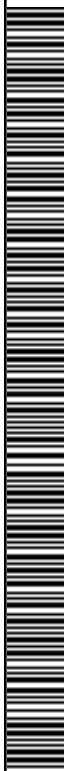
Processo: 0816377-69.2020.8.23.0010

## **CERTIDÃO**

Certifico que não foi possível habilitar o novo patrono da parte ré, pois esta se trata de grande litigante.

Boa Vista, 1/9/2020.

(Assinado Digitalmente - PROJUDI)  
Eduardo Quezado do Nascimento Araújo  
Analista Judiciário





01/09/2020: CONCLUSOS PARA DECISÃO.

Data: 01/09/2020

Movimentação: CONCLUSOS PARA DECISÃO

Complemento: Responsável: EDUARDO MESSAGGI DIAS

Por: Eduardo Quezado do Nascimento Araújo



07/09/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 07/09/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de COSMO MORAIS SOUSA) em 08/09/2020 com prazo de 5 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 19) JUNTADA DE CERTIDÃO (26/08/2020) e ao evento de expedição seq. 21.

Por: SISTEMA CNJ



08/09/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE.

Data: 08/09/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Complemento: Cumprimento de intimações - Referente aos eventos JUNTADA DE CERTIDÃO (26/08/2020), JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (06/08/2020)

Por: PAULO SERGIO DE SOUZA

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição





Paulo Sérgio de Souza  
Advocacia & consultoria

Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 317 B

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA  
COMARCA DE BOA VISTA – ESTADO DE RORAIMA**

**Autos: nº 0816377-69.2020.8.23.0010**

**Requerente: COSMO MORAIS SOUSA**

**Requerida: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**

O Requerente, já devidamente qualificado nos presentes Autos, vem a presença de Vossa Excelência para apresentar Réplica à Contestação apresentada pela Requerida, em cumprimento à intimação determinada por este D. Juízo, nos termos que seguem:

**DO PAGAMENTO DA PERÍCIA**

Excelência, o Requerente é pessoa pobre na acepção legal do termo e foi requerida a Gratuidade da Justiça, conforme preconizam as Leis nº 5.584/70 e 1.060/50, com redação que lhe deu a Lei nº 7.510/86, a qual não foi contestada pela Requerida. Além disso, cumpre ressaltar que aplica-se ao presente caso a Perícia Judicial, que têm sido utilizada no âmbito deste E. Tribunal, para apuração das lesões sofridas, este também é o entendimento dos Tribunais pátrios:

**Processo: 7786949 PR 778694-9 (Acórdão)**

**Relator(a): Denise Antunes**

**Julgamento: 21/06/2012**

**Órgão Julgador: 10ª Câmara Cível**

**AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. APLICABILIDADE DO CDC. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA. POSSIBILIDADE. INVERSÃO QUE NÃO IMPLICA NA INVERSÃO DO ÔNUS FINANCEIRO. PERÍCIA JUDICIAL. POSSIBILIDADE. DESNECESSIDADE DA**





Paulo Sérgio de Souza  
Advocacia & consultoria

Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 317 B

**PERÍCIA SER REALIZADA PELO IML. ADMITE-SE PERÍCIA JUDICIAL. RECURSO  
NÃO PROVIDO.DPVATCDC**

**(7786949 PR 778694-9 (Acórdão), Relator: Denise Antunes, Data de Julgamento:  
21/06/2012, 10ª Câmara Cível)**

Portanto, impugna o Autor a preliminar, pede a Inversão do ônus da Prova com fundamento no Código de Defesa do Consumidor e a realização de perícia judicial que, em havendo custas, as mesmas sejam suportadas pela Requerida, em razão da hipossuficiência do Autor.

**DO MÉRITO**

O demandante, no dia 03 de novembro 2019, por volta das 12:35hs, foi vítima de acidente de trânsito ocorrido na Vicinal que dá acesso a Comunidade Raimundão 1 fazenda Santa, Zona Rural no município de Alto Alegre-RR, evento este que lhe causou Fratura exposta na perna + necrose.

Deste modo, o vindicante, ciente do seu direito ao seguro obrigatório (DPVAT), promoveu, por meio de solicitação administrativa, o pagamento da apólice a título de invalidez, apresentando todos os documentos exigidos por lei, conforme demonstram os documentos em anexo. Como bem reconheceu a Seguradora ao lhe dar provimento a indenização DPVAT, depositando-lhe a quantia de R\$ 2.531,25 (dois mil quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).

Segundo a Legislação específica em vigor, o Autor comprovou ser beneficiário da indenização, em razão de Acidente de Trânsito, fato reconhecido pela Requerida em Processo Administrativo, discutindo-se, no entanto, o valor a ser pago.

Cumprе ressaltar, Excelência, que a Requerida não forneceu ao Autor qualquer informação quanto aos parâmetros utilizados para a indenização paga, em Processo Administrativo, conforme relatado na Inicial, no valor de R\$ 2.531,25 (dois mil quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos). Também não





Paulo Sérgio de Souza  
Advocacia & consultoria

Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 317 B

apontou, na sua Contestação, em qual item da tabela de indenização apresentada se apoiou para calcular o “quantum indenizatório” pago ao mesmo.

O valor pago não condiz em nada com os danos experimentados pelo segurado, haja vista as sequelas resultantes do acidente, que lhe causaram danos irreversíveis, tudo relatado na Inicial e que será devidamente apurado na Perícia.

O Autor se desincumbiu de provar o alegado, apresentando os documentos que acompanham a Inicial ao contrário da Empresa Ré, que não apresentou até o momento qualquer fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito perquirido pelo Requerente, não guardando sintonia com o dispositivo Legal citado, em parte, na Contestação. O mesmo deve ser observado em sua íntegra, quanto ao ônus de provar o alegado, conforme transcreve-se do Código de Processo Civil:

**Art. 333 - O ônus da prova incumbe:**

**I - ao autor, quanto ao fato constitutivo do seu direito;**

**II - ao réu, quanto à existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor.**

**DA AUSENCIA DO LAUDO DO IML**

Primeiramente, importante fazer alguns esclarecimentos acerca do seguro DPVAT e da Legislação que atualmente o rege. A graduação da invalidez da vítima de acidente de trânsito foi introduzida pela Medida Provisória nº 451/2008, posteriormente convertida na Lei nº 11.945/2009, que atualmente regula a matéria em seus artigos 30 a 32, oportunamente, transcrito logo abaixo o artigo 31, §1º, I e II, *in verbis*:

Artigo 31 § 1º - No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:





Paulo Sérgio de Souza  
Advocacia & consultoria

Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RG 317 B

**I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa,** correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

**II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo,** procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá 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, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Importante mencionar, ainda, para um melhor esclarecimento, um julgado do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, que afirma a **NECESSIDADE DA PERÍCIA JUDICIAL PARA O DESLINDE DO PROCESSO JUDICIAL:**

**EMENTA:** APELAÇÃO CÍVEL. SEGURO DPVAT. COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. INDENIZAÇÃO PROPORCIONAL AO DANO CORPORAL. **NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO DE NOVA PERÍCIA MÉDICA.** SENTENÇA DESCONSTITUÍDA. A graduação da invalidez da vítima de acidente de trânsito foi introduzida pela Medida Provisória nº 451/2008, posteriormente convertida na **Lei nº 11.945/2009**, que atualmente regula a matéria em seus artigos 30 a 32. Aplica-se a proporcionalidade na indenização para o caso de invalidez permanente no seguro DPVAT ao grau desta.

Diferente não é a jurisprudência segura do STJ, expressa no texto da **Súmula nº 474 do STJ**. Na espécie, **para o deslinde da lide, necessária a realização de nova prova pericial, no sentido de se auferir o grau de invalidez do demandante.** Desconstituição da sentença de 1º grau que se impõe, para que seja realizada a prova pericial. EM JUÍZO DE RETRATAÇÃO, RECURSO PREJUDICADO. SENTENÇA DESCONSTITUÍDA. (Apelação Cível Nº 70048695647, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Maria Claudia Cachapuz, Julgado em 24/09/2014).







Paulo Sérgio de Souza  
Advocacia & consultoria

Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 317 B

Assim, em todos os casos de processos judiciais que tem como objeto a cobrança do Seguro DPVAT, aplica-se a proporcionalidade na indenização para o caso de invalidez permanente no seguro DPVAT ao grau desta.

Ademais nossas jurisprudências, tem dado um tratamento diferenciado ao entendimento do nobre magistrado, senão vejamos:

**TJ-MG - Apelação Cível AC 10024123336687001 MG (TJ-MG)** Data de publicação: 27/05/2014 **Ementa:** AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DPVAT - **AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML** - IRRELEVÂNCIA - INÉPCIA DA INICIAL - NÃO OCORRÊNCIA - RECURSO DE APELAÇÃO PROVIDO - Para a propositura de ação de cobrança do seguro DPVAT não é indispensável a juntada, com a inicial, de **laudo** do **IML**, motivo por que não se pode falar em inépcia da inicial, em ação de tal natureza, tão só porque não veio instruída com tal documento.

**TJ-MG - Apelação Cível AC 10024123061673001 MG (TJ-MG)** Data de publicação: 28/04/2014 **Ementa:** PROCESSO CIVIL - AÇÃO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT - INDEFERIMENTO DA PETIÇÃO INICIAL - **AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML** - EXTINÇÃO DO PROCESSO - APTIDÃO DA PETIÇÃO INICIAL - SENTENÇA CASSADA. 1. Uma petição inicial está apta a iniciar uma ação quando, além de preenchidos os requisitos do artigo 282 do CPC, permite à parte ex adversa a exata compreensão da demanda, possibilitando-lhe o exercício do contraditório como corolário da ampla defesa; e no caso vertente, é evidente a pretensão inicial e os fundamentos fáticos e jurídicos nos quais o autor/apelante a embasa, como já evidenciado. 2. O **laudo** pericial do Instituto Médico Legal **não é documento indispensável à propositura da ação de indenização do seguro DPVAT.**

**TJ-MG - Apelação Cível AC 10024123014946001 MG (TJ-MG)** Data de publicação: 18/03/2013 **Ementa:** AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT - INDEFERIMENTO DA INICIAL - **AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML** - QUESTÃO OBJETO DE PROVA PERICIAL A SER REALIZADA SOB CONTRADITÓRIO - A comprovação do grau de incapacidade do segurado constitui mérito da ação e não pressuposto para o ajuizamento da ação, cabendo, portanto, a devida dilação probatória. Recurso Provido

Há que se ressaltar por oportuno que, a petição inicial está apta a iniciar a presente ação, haja vista preenchida todos requisitos do artigo 282 do CPC, as quais





Paulo Sérgio de Souza  
Advocacia & consultoria

Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RJ 317 B

permitem à parte ex adversa a exata compreensão da demanda, possibilitando-lhe o exercício do contraditório como corolário da ampla defesa; e no caso vertente, é evidente a pretensão inicial e os fundamentos fáticos e jurídicos nos quais a autora/apelante a embasa, como já evidenciado.

Estarrece, pois o fato do laudo pericial do Instituto Médico Legal **não ser documento indispensável à propositura da ação de indenização do seguro DPVAT.**

Esta afirmação torna-se ainda mais evidente, quando mencionamos a Jurisprudência segura do STJ, expressa no texto da Súmula nº 474 do STJ, que diz: **“A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez”.**

Muito poderá se falar acerca da necessidade desta perícia judicial, porém, muito mais do que necessária, esta é **OBRIGATÓRIA**, pois atualmente está prevista na Legislação atual e nas Jurisprudências dos Tribunais dos Estados e do Superior Tribunal de Justiça.

### **3. DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PERÍCIA**

Embora, via de regra, seja a produção de prova pericial a cargo do requerente, (CPC, I, art. 333), no presente caso necessário se faz o decreto de inversão do ônus da prova nos termos do artigo 6º, VIII do CDC, para fins de aferição do grau (percentual) da lesão incapacitante, vejamos:

**“Art. 6º - São direitos básicos do consumidor:**

**(...)**

**VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente,** segundo as regras ordinárias de experiências.”

Cite-se nesse sentido os seguintes julgados:

TJMS-056999) AGRAVO DE INSTRUMENTO - AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) - INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA - APLICAÇÃO DO CDC - FIXAÇÃO DOS HONORÁRIOS DE PERITO - QUANTUM - ARBITRAMENTO - REDUÇÃO - RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE - RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.

Tratando-se da relação de consumo, o artigo 6º, VIII, do CDC prevê a possibilidade de inversão do ônus da prova, ante a hipossuficiência do consumidor nas relações de consumo, ou







Paulo Sérgio de Souza  
Advocacia & consultoria

Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 317 B

até mesmo, ante a verossimilhança de suas alegações. Os honorários periciais devem ser fixados, proporcionalmente, e em atenção ao princípio da razoabilidade, observando-se os quesitos a ser respondidos e considerando, precipuamente, o local da prestação do serviço, a natureza, a complexidade da perícia, o tempo despendido pelo perito no trabalho realizado, e o grau de zelo profissional. (Agravo nº 2011.023779-7/0000-00, 4ª Turma Cível do TJMS, Rel. Josué de Oliveira. unânime, DJ 23.09.2011).

TJSP-141845) AGRAVO DE INSTRUMENTO - SEGURO DE VEÍCULO (DPVAT) - INDENIZAÇÃO - INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA - PROVA PERICIAL - HONORÁRIOS PERICIAIS A SEREM SUPOSTADOS PELA RÉ. (GN)

"A inversão do ônus da prova significa também transferir ao réu o ônus de antecipar as despesas da perícia tida por imprescindível ao julgamento da causa." Agravo de Instrumento. Seguro de veículo (DPVAT).

### **DO PEDIDO DE DANOS MORAIS**

Consoante o que dispõe os Art.s 186 e 927 do Código Civil, o Autor faz jus a receber uma indenização, a título de Danos Morais, haja vista que a Requerida teve a oportunidade de analisar o Processo Administrativo e diligenciar perícias e quaisquer outras provas que entendesse necessárias para apuração da indenização a ser paga ao beneficiário.

No entanto, Excelência, a Empresa ré fez procedimento administrativo interno, sem dar conhecimento dos trâmites e dos critérios utilizados para o pagamento efetuado. Agindo de tal forma, a Seguradora não procedeu com boa fé objetiva e, também, não respeitou os direitos do Segurado de que não teve chance para se manifestar ou produzir novas provas no Processo.

Assim, a Requerida efetuou pagamento de valor aquém do que merece o Autor/Segurado, quebrando o Princípio da boa-fé objetiva que deve permear as relações jurídicas. Então, o Requerente se viu obrigado a recorrer ao Judiciário para receber seu valor de direito, assegurado por Lei.







Paulo Sérgio de Souza  
Advocacia & consultoria

Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RJ 317 B

**Art. 186.** Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

**Art. 927.** Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

Justifica-se assim o direito do Autor em pleitear danos morais, em valor a ser arbitrados por este D. Juízo.

### **DOS PEDIDOS**

I - O Autor ratifica a Inicial em todos os seus termos e pede a **TOTAL PROCEDÊNCIA DA AÇÃO**, para que Vossa Excelência condene a Requerida ao pagamento de indenização pelos danos corporais em decorrência do Acidente narrado na Inicial, a ser devidamente corrigida com a incidência de juros à base de 1% ao mês e correção monetária pelo IPCA-E, incidentes desde o ilícito praticado até o efetivo cumprimento da obrigação;

II - O Autor impugna os Requerimentos da Empresa Ré, especialmente quanto ao pagamento de custas processuais e periciais, em razão da Gratuidade de Justiça garantida ao mesmo;

III - Fica impugnado o pedido de inversão do ônus da Prova, com aplicação subsidiária do CDC, diante da hipossuficiência do Autor, incumbe à Ré apresentar fatos impeditivos, modificativos ou extintivos dos direitos do Requerente;

IV - Não se aplica Perícia pelo IML, em razão de já haver Laudo elaborado por aquele Instituto, sendo que este E. Tribunal vem utilizando perícia realizada no âmbito Judicial;

V - Dano moral pertinente, em razão da quebra da boa-fé objetiva e em consonância com a Legislação e Princípios de Direito especialmente o da Dignidade da Pessoa Humana, valor a ser arbitrado por este Douto Juízo.

Termos em que,





Paulo Sérgio de Souza  
Advocacia & consultoria

*Dr. Paulo Sérgio de Souza*  
*OAB/RR 317 B*

Pede Deferimento.

Boa Vista, 08 de setembro de 2020.

Paulo Sergio de Souza

OAB/RR 317-B

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5H3 NEU56 5LK7Z UBRF3





Data: 08/09/2020

Movimentação: RETORNO DE MANDADO

Complemento: Referente ao evento (seq. 23) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (27/08/2020  
11:31:38). Parte: COSMO MORAIS SOUSA

Por: MARIA DA LUZ CANDIDA DE SOUZA

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão de Oficial de Justiça





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**CENTRAL DE MANDADOS CÍVEL DE BOA VISTA - PROJUDI**  
Rua Araújo Filho, 710 - Centro - BOA VISTA/RR - CEP: 69.301-380 - E-mail: ceman@tjrr.jus.br

Processo: 0816377-69.2020.8.23.0010

**CERTIDÃO**

Certifico e dou fé que nos dias 31.08.2020 e 08.09.2020, às 17h22min, 10h44min e 15h30min, no cumprimento à respeitável Ordem Judicial, **INTIMEICOSMO MORAIS SOUSA**, que após lido todo teor do Mandado de Intimação via telefone, aceitou contrafé via whatsapp e não exarou ciente no mandado físico, conforme Portaria Conjunta 09, de 28 de abril de 2020.

Contato telefônico: 98410 6442 e 49 9967 2096 (Creusa – Patroa – Fazenda Santa Luzia – Alto Alegre-RR)

Boa Vista/RR, 08 de setembro de 2020.

**MARIA DA LUZ CANDIDA DE SOUZA**  
Oficial de Justiça  
(Assinado digitalmente - Projudi)





09/09/2020: LEITURA DE MANDADO REALIZADA.

Data: 09/09/2020

Movimentação: LEITURA DE MANDADO REALIZADA

Complemento: MANDADO lido em 08/09/2020 - Referente ao evento de expedição (seq. 23)

EXPEDIÇÃO DE MANDADO (27/08/2020 11:31:38). Parte: COSMO MORAIS SOUSA

Por: Arielly Né de Almeida



17/09/2020: DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS .

Data: 17/09/2020

Movimentação: DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS

Por: EDUARDO MESSAGGI DIAS

Relação de arquivos da movimentação:

- Despacho





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**5ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - Centro - Boa Vista/RR - Fone: (95) 3198-4719 - E-mail: Scivelresidual@tjrr.jus.br

Proc. n.º 0816377-69.2020.8.23.0010

**DESPACHO**

Promova o cartório os atos necessários para a realização da prova pericial já designada.

Após, retornem os autos conclusos.

Intime-se.

Boa Vista, 17/9/2020.

**EDUARDO MESSAGGI DIAS**

Juiz de Direito

(Assinado Digitalmente - Sistema CNJ - PROJUDI)





Data: 08/10/2020

Movimentação: JUNTADA DE LAUDO

Por: VITOR PARACAT SANTIAGO

Relação de arquivos da movimentação:

- LAUDO FRENTE
- LAUDO VERSO



Laudo 01  
frente

**AVALIAÇÃO MÉDICA  
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**  
(Art. 31º da lei. 11.945 de 4/8/2009)

Processo: 0816377-69.2020.8.23.0010

Requerente: Cosmo morais sausa

**Informações do acidente**

Local: \_\_\_\_\_

Data do acidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Concordância com a realização da avaliação médica**

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicadas, são verdadeiras e que compareci, por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de conciliação em razão do processo judicial em epigrafe, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 5ª Vara Cível de Competência Residual da Comarca de BOA VISTA – RR

BOA VISTA-RR

24/09/2020

Cosmo morais sausa

Assinatura da vítima

**Avaliação Médica**

1) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ Sim ☐ Não ☐ Prejudicado

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região (ões) corporal (is) encontra (m)-se acometida (s);

fratura de osso da perna distal direita (perpasta)

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas da fase aguda do trauma.

consolidação em via (curada) apresentando edema importante, insuficiência vascular em perna e dor

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

☐ Sim ☒ Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

grave de movimento devido tempo de estar estada (exacerbado) 08 meses de bloqueio articular



laudo 01  
verso

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ disfunções apenas temporárias
- b) ☒ dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

bloqueio articular, consolidação em valva  
edema importante, insuficiência vascular

V) Em virtude de evolução de lesão e/ou de tratamento faz-se necessário exame complementar?

☐ Sim, em que prazo:

☒ Não

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a qualificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmentos(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação.

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

b) ☒ Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima). Em se tratando de dano parcial informar-se o dano é:

b.1 ☒ Parcial Completo. (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

b.2 ☐ Parcial incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, §1º do art. 3º da Lei 6.194-74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945-2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico

1ª Lesão

Marque aqui o percentual

MED. ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☒ 75% Intensa

2ª Lesão ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

3ª Lesão ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

4ª Lesão ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

lesão grave com sequelas irreversíveis  
incapacitando qualquer tipo de atividade laborativa  
que necessite carga em MED.

Local e data realização do exame médico:

Boca Vista 21/09/2020

Assinatura do Médico - CRM

Vitor Paracat Santiago  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-RR 1635  
RQE: 610



09/10/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 09/10/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 35) JUNTADA DE LAUDO (08/10/2020)

Por: EGILAINE SILVA DE CARVALHO



09/10/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 09/10/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de COSMO MORAIS SOUSA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 35) JUNTADA DE LAUDO (08/10/2020)

Por: EGILAINE SILVA DE CARVALHO



15/10/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE.

Data: 15/10/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição



2732602- C3/ 2020-02503/ INVALIDEZ



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

**Processo: 08163776920208230010**

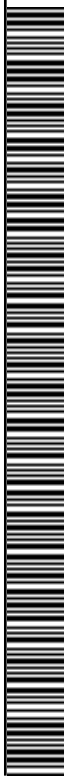
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **COSMO MORAIS SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer o prosseguimento do feito .

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 13 de outubro de 2020.

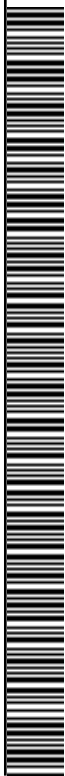
**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RR 451-A**

**SIVIRINO PAULI**  
**101-B - OAB/RR**





Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJL49 6EWKU 8NJXG PBUA3





19/10/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 19/10/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 19/10/2020 com prazo de 15 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 35) JUNTADA DE LAUDO (08/10/2020) e ao evento de expedição seq. 36.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO



20/10/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 20/10/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de COSMO MORAIS SOUSA) em 19/10/2020 com prazo de 15 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 35) JUNTADA DE LAUDO (08/10/2020) e ao evento de expedição seq. 37.

Por: SISTEMA CNJ



29/10/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE.

Data: 29/10/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Complemento: Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO  
(08/10/2020)

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição



2732602- C3/ 2020-02503/ INVALIDEZ



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

**Processo: 08163776920208230010**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **COSMO MORAIS SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Assim, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas a perícia com o escopo de ser apurado o *quantum* devido em decorrência da lesão suportada.

**DESTE MODO, A RÉ PROCEDEU COM O PAGAMENTO DA VERBA INDENITÁRIA NA MONTA DE R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS), VALOR ESTE CORRESPONDENTE AO PERCENTUAL DA INVALIDEZ PARCIAL E PERMANENTE APRESENTADA PELA PARTE AUTORA EM SEDE ADMINISTRATIVA.**

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

**APÓS A PERÍCIA MÉDICA, O LAUDO INDICOU A SEGUINTE LESÃO:**





1. *What is the purpose of this study?*  
 2. *What are the research objectives?*  
 3. *What is the research methodology?*  
 4. *What are the results of the study?*  
 5. *What are the conclusions of the study?*  
 6. *What are the limitations of the study?*  
 7. *What are the implications of the study?*  
 8. *What are the future research directions?*  
 9. *What are the contributions of the study?*  
 10. *What are the key findings of the study?*  
 11. *What are the main results of the study?*  
 12. *What are the primary outcomes of the study?*  
 13. *What are the secondary outcomes of the study?*  
 14. *What are the tertiary outcomes of the study?*  
 15. *What are the quaternary outcomes of the study?*  
 16. *What are the quinary outcomes of the study?*  
 17. *What are the senary outcomes of the study?*  
 18. *What are the septenary outcomes of the study?*  
 19. *What are the octenary outcomes of the study?*  
 20. *What are the nonary outcomes of the study?*  
 21. *What are the decenary outcomes of the study?*  
 22. *What are the undecenary outcomes of the study?*  
 23. *What are the duodecenary outcomes of the study?*  
 24. *What are the tredecenary outcomes of the study?*  
 25. *What are the quattuordecenary outcomes of the study?*  
 26. *What are the quindecenary outcomes of the study?*  
 27. *What are the sexdecenary outcomes of the study?*  
 28. *What are the septendecenary outcomes of the study?*  
 29. *What are the octodecenary outcomes of the study?*  
 30. *What are the nonodecenary outcomes of the study?*  
 31. *What are the vigintenary outcomes of the study?*  
 32. *What are the unvigintenary outcomes of the study?*  
 33. *What are the bivigintenary outcomes of the study?*  
 34. *What are the trivigintenary outcomes of the study?*  
 35. *What are the quadvigintenary outcomes of the study?*  
 36. *What are the quinvigintenary outcomes of the study?*  
 37. *What are the sexvigintenary outcomes of the study?*  
 38. *What are the septenvigintenary outcomes of the study?*  
 39. *What are the octovigintenary outcomes of the study?*  
 40. *What are the nonavigintenary outcomes of the study?*  
 41. *What are the vigintigintenary outcomes of the study?*  
 42. *What are the unvigintigintenary outcomes of the study?*  
 43. *What are the bivigintigintenary outcomes of the study?*  
 44. *What are the trivigintigintenary outcomes of the study?*  
 45. *What are the quadvigintigintenary outcomes of the study?*  
 46. *What are the quinvigintigintenary outcomes of the study?*  
 47. *What are the sexvigintigintenary outcomes of the study?*  
 48. *What are the septenvigintigintenary outcomes of the study?*  
 49. *What are the octovigintigintenary outcomes of the study?*  
 50. *What are the nonavigintigintenary outcomes of the study?*  
 51. *What are the vigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 52. *What are the unvigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 53. *What are the bivigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 54. *What are the trivigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 55. *What are the quadvigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 56. *What are the quinvigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 57. *What are the sexvigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 58. *What are the septenvigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 59. *What are the octovigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 60. *What are the nonavigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 61. *What are the vigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 62. *What are the unvigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 63. *What are the bivigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 64. *What are the trivigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 65. *What are the quadvigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 66. *What are the quinvigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 67. *What are the sexvigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 68. *What are the septenvigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 69. *What are the octovigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 70. *What are the nonavigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 71. *What are the vigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 72. *What are the unvigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 73. *What are the bivigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 74. *What are the trivigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 75. *What are the quadvigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 76. *What are the quinvigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 77. *What are the sexvigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 78. *What are the septenvigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 79. *What are the octovigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 80. *What are the nonavigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 81. *What are the vigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 82. *What are the unvigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 83. *What are the bivigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 84. *What are the trivigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 85. *What are the quadvigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 86. *What are the quinvigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 87. *What are the sexvigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 88. *What are the septenvigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 89. *What are the octovigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 90. *What are the nonavigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 91. *What are the vigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 92. *What are the unvigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 93. *What are the bivigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 94. *What are the trivigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 95. *What are the quadvigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 96. *What are the quinvigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 97. *What are the sexvigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 98. *What are the septenvigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 99. *What are the octovigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*  
 100. *What are the nonavigintigintigintigintigintigintigintenary outcomes of the study?*



**SUS** Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde

**NIR** FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

2 - CIES: \_\_\_\_\_

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: \_\_\_\_\_

4 - CIES: \_\_\_\_\_

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE: João Alves Barbosa Filho

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 18796

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 2046051487418127

8 - DATA DE NASCIMENTO: 06/03/70

9 - SEXO: M

10 - NOME DA MÃE (O RESPONSÁVEL): Expedito Mourão Sousa

11 - ENDEREÇO COM. Nº, BAIRRO: Av. I de julho 532 Centro

12 - TELEFONE DE CONTATO: 95991722723

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Alto Alegre

14 - CIDADE MUNICÍPIO: Rio

15 - UF: PR

16 - DEP: \_\_\_\_\_

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Sintoma agudo de Tórax (1)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Tumorato Cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

**DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:** Sintoma Agudo de Tórax (1)

**INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:** Tumorato Cirúrgico

**TIPO DE INTERVENÇÃO:** \_\_\_\_\_

**QUANTO A ISSO, VALE ESCLARECER QUE HÁ PREVISÃO ESPECÍFICA NA TABELA, QUANDO O SEGUIMENTO DO CORPO É TORNOZELO:**

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral		

Com isso, requer a correta aplicação da tabela, de acordo com o enquadramento do **TORNOZELO**, uma vez que a limitação não ocasionou a limitação de todo o membro, mas tão somente do seguimento **TORNOZELO**.

**Portanto, deve ser observado o devido enquadramento, conforme o seguimento do corpo acometido pela invalidez permanente, de modo que perito deve fazer a relação, tabela-seguimento corporal, indicando o enquadramento conforme previsto, de acordo com a lesão apurada.**



**CONCLUSÃO**

Diante disso, requer que seja intimado o perito para que refaça o laudo pericial com a graduação correspondente ao seguimento acometido, ou alternativamente, que este juízo proceda com a aplicação da tabela, de acordo com o enquadramento da tabela confirme quadro acima.

**Caso não seja o entendimento de V.Exa., requer o acolhimento do laudo pericial administrativo em anexo, o qual indica o enquadramento correto conforme previsto, de acordo com a lesão apurada.**

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 28 de outubro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RR 451-A**

**SIVIRINO PAULI**  
**101-B - OAB/RR**





12/11/2020: DECORRIDO PRAZO DE COSMO MORAIS SOUSA.

Data: 12/11/2020

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE COSMO MORAIS SOUSA

Complemento: (P/ advgs. de COSMO MORAIS SOUSA \*Referente ao evento (seq. 35) JUNTADA DE LAUDO (08/10/2020) e ao evento de expedição seq. 37.

Por: SISTEMA CNJ



16/11/2020: CONCLUSOS PARA SENTENÇA.

Data: 16/11/2020

Movimentação: CONCLUSOS PARA SENTENÇA

Complemento: Responsável: EDUARDO MESSAGGI DIAS

Por: GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO



19/11/2020: CONVERTIDO(A) O(A) JULGAMENTO EM DILIGÊNCIA.

Data: 19/11/2020

Movimentação: CONVERTIDO(A) O(A) JULGAMENTO EM DILIGÊNCIA

Por: DANIEL DAMASCENO AMORIM DOUGLAS

Relação de arquivos da movimentação:

- Despacho





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**5ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - Centro - Boa Vista/RR - Fone: (95) 3198-4719 - E-mail: Scivelresidual@tjrr.jus.br

Proc. n.º 0816377-69.2020.8.23.0010

**DESPACHO**

Converto o julgamento em diligência.

Considerando a manifestação apresentada no ep. 41.1, intime-se o médico perito para prestar os esclarecimentos que forem necessários.

Após, intime-se as partes para manifestação.

Ao final, retornem os autos conclusos.

Boa Vista, 19/11/2020.

**DANIEL DAMASCENO AMORIM DOUGLAS**

Juiz Substituto





26/11/2020: HABILITAÇÃO PROVISÓRIA.

Data: 26/11/2020

Movimentação: HABILITAÇÃO PROVISÓRIA

Complemento: Perito Oficial: VITOR PARACAT SANTIAGO habilitado até 06/03/2021 (100 dias)

Por: GEORGIA NIADE ELUAN PERONICO



26/11/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 26/11/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para Perito VITOR PARACAT SANTIAGO com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento CONVERTIDO(A) O(A) JULGAMENTO EM DILIGÊNCIA (19/11/2020)

Por: GEORGIA NIADE ELUAN PERONICO



02/12/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 02/12/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo Perito VITOR PARACAT SANTIAGO) em 02/12/2020 com prazo de 5 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 44) CONVERTIDO(A) O(A) JULGAMENTO EM DILIGÊNCIA (19/11/2020) e ao evento de expedição seq. 46.

Por: VITOR PARACAT SANTIAGO



12/12/2020: DECORRIDO PRAZO DE PERITO VITOR PARACAT SANTIAGO.

Data: 12/12/2020

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE PERITO VITOR PARACAT SANTIAGO

Complemento: (Para Perito VITOR PARACAT SANTIAGO \*Referente ao evento (seq. 44)

CONVERTIDO(A) O(A) JULGAMENTO EM DILIGÊNCIA(19/11/2020) e ao evento de expedição seq. 46.

Por: SISTEMA CNJ



12/01/2021: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 12/01/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para Perito VITOR PARACAT SANTIAGO com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento CONVERTIDO(A) O(A) JULGAMENTO EM DILIGÊNCIA (19/11/2020)

Por: Arielly Né de Almeida



15/01/2021: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 15/01/2021

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo Perito VITOR PARACAT SANTIAGO) em 21/01/2021 com prazo de 5 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 44) CONVERTIDO(A) O(A) JULGAMENTO EM DILIGÊNCIA (19/11/2020) e ao evento de expedição seq. 49.

Por: VITOR PARACAT SANTIAGO



Data: 15/01/2021

Movimentação: JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO

Por: VITOR PARACAT SANTIAGO

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão





EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DE  
COMPETENCIA RESIDUAL DA COMARCA DE BOA VISTA – RR.

Processos nº: 0816377-69.2020.8.23.0010.  
Autor: COSMO MORAIS SOUSA.

VITOR PARACAT SANTIAGO, Brasileiro, Médico Ortopedista e Traumatologista, inscrito no CRM-RR 1635 RQE- 610, nomeado perito por esta Vara Cível, no processo supracitado, vem respeitosamente atendendo o despacho de Vossa Excelência esclarecer o que se pede.

**Respondendo a impugnação apresentada no Ep - 41.1. do laudo em questão, informo que as sequelas do periciado acima citado são de caráter irreversíveis.**

**O mesmo sofreu fratura exposta de ossos da perna direita, sendo atendido na emergência e submetido a colocação do fixador externo. Devido ao longo tempo com o fixador externo (08 meses) evoluiu com edema importante, insuficiência vascular e bloqueio articular grave.**

**Mantenho em parcial completo, pois o mesmo apresenta dano funcional permanente no seguimento afetado com percentual de sequelas de 75% (intenso).**

Sem mais para o momento, coloco-me a disposição deste Juízo.

Boa Vista-RR, 15 de janeiro de 2021.

VITOR PARACAT SANTIAGO  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
CRM-RR 1635 RQE- 610





15/01/2021: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 15/01/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 51) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (15/01/2021)

Por: GEORGIA NIADE ELUAN PERONICO



15/01/2021: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 15/01/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de COSMO MORAIS SOUSA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 51) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (15/01/2021)

Por: GEORGIA NIADE ELUAN PERONICO



18/01/2021: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 18/01/2021

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 21/01/2021 com prazo de 15 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 51) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (15/01/2021) e ao evento de expedição seq. 52.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO



26/01/2021: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 26/01/2021

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de COSMO MORAIS SOUSA) em 25/01/2021 com prazo de 15 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 51) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (15/01/2021) e ao evento de expedição seq. 53.

Por: SISTEMA CNJ



29/01/2021: DECORRIDO PRAZO DE PERITO VITOR PARACAT SANTIAGO.

Data: 29/01/2021

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE PERITO VITOR PARACAT SANTIAGO

Complemento: (Para Perito VITOR PARACAT SANTIAGO \*Referente ao evento (seq. 44)

CONVERTIDO(A) O(A) JULGAMENTO EM DILIGÊNCIA(19/11/2020) e ao evento de expedição seq. 49.

Por: SISTEMA CNJ



12/02/2021: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A.

Data: 12/02/2021

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Complemento: (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A \*Referente ao evento (seq. 51) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (15/01/2021) e ao evento de expedição seq. 52.

Por: SISTEMA CNJ



18/02/2021: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE.

Data: 18/02/2021

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Complemento: Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (15/01/2021)

Por: PAULO SERGIO DE SOUZA

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA  
CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA- RORAIMA

Processo: 0816377-69.2020.823.0010

COSMO MORAIS SOUSA, devidamente qualificado nos autos supra em que demanda em face de SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., vem, respeitosamente, a presença de vossa excelência, por intermédio de seu advogado, nos autos do processo em epígrafe, em manifestação ao laudo médico de EP. 51 expor e requerer o quanto segue:

Primeiramente informar que concorda com o Laudo Médico, juntado no EP: 51 onde demonstra com grande clareza, a lesão sofrida e as sequelas permanente do Requerente.

Desta forma não há necessidade de mais provas, Requer a conclusão para a **Sentença**, afim de que seja pago ao requerente o valor no que faz jus.

Termos em que Pede Deferimento

Boa Vista, 18 de fevereiro de 2021.

Paulo Sergio de Souza  
OAB/RR 317B





18/02/2021: CONCLUSOS PARA SENTENÇA.

Data: 18/02/2021

Movimentação: CONCLUSOS PARA SENTENÇA

Complemento: Responsável: EDUARDO MESSAGGI DIAS

Por: Arielly Né de Almeida



Data: 22/02/2021

Movimentação: JULGADA PROCEDENTE A AÇÃO

Por: PHILLIP BARBIEUX SAMPAIO

Relação de arquivos da movimentação:

- Sentença





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**5ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - Centro - Boa Vista/RR - Fone: (95) 3198-4719 - E-mail: Scivelresidual@tjrr.jus.br

Proc. n.º 0816377-69.2020.8.23.0010

Ação de cobrança/Seguro DPVAT

Requerente: COSMO MORAIS SOUSA

Requerido: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

**SENTENÇA**

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório ajuizada por COSMO MORAIS SOUSA contra SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, aduzindo, em síntese dos fatos, que:

- a) Sofreu acidente de trânsito em 03/11/2019;
- b) Ficou com fratura na perna direita;
- c) o pedido administrativo foi pago no valor de R\$ 2.531.25;
- d) Em razão da gravidade e da limitação busca o pagamento de indenização complementar até R\$ 13.500.00.

Juntou documentos nos ep. 1.2/1.11.

Teve deferida a gratuidade.

Decisão no ep. 12.1 concedendo os benefícios da justiça gratuita.

Citada, a requerida apresentou contestação no ep. 8.1, alegando:

- a. Ausência de laudo do IML;
- b. Pagamento administrativo;
- c. Pagamento proporcional da lesão;
- d. que em caso de condenação, a correção monetária deve incidir da propositura da ação e juros da



citação da parte requerida.

e. que os honorários advocatícios não ultrapassem o patamar legal;

Determinada a realização de exame pericial.

Realizada perícia médica.

Laudo juntado no ep. 35.1/35.2, e consequente esclarecimentos juntados no ep. 51.1, concluiu pela demonstração de lesão no membro inferior direito, fixando percentual indenizável em 75% para a lesão.

A parte requecente se manifestou no ep. 42.1.

A requerida se quedou inerte.

Vieram os autos conclusos.

É o breve relatório.

.

## DECIDO

.

Passo ao caso.

.

O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, conhecido como Seguro DPVAT, é um seguro obrigatório que indeniza vítimas de acidentes de trânsito, oferecendo coberturas em casos de morte e invalidez permanente, bem como reembolso de despesas médicas.

Muitos temas relativos ao seguro DPVAT já foram objetos da edição de enunciados de súmulas pelo STJ, razão pela qual, desde logo, servem como razão de decidir de várias teses apontadas. Vejamos.

### 1. Do foro de ajuizamento da ação

Nos termos da Súmula 540 do STJ, “na ação de cobrança do seguro DPVAT, constitui faculdade do autor escolher entre os foros do seu domicílio, do local do acidente ou ainda do domicílio do réu”.

Muito comum, em Roraima, que as partes ajuízem demanda na Capital, situação que, diante da incompetência relativa porventura não alegada, faz de Boa Vista também foro competente em tais casos.

### 2. Da prescrição

De acordo com a Súmula 405 do STJ, “A ação de cobrança do seguro obrigatório (DPVAT) prescreve





em três anos”, sendo que (...) “a ciência inequívoca do caráter permanente da invalidez, para fins de contagem do prazo prescricional, depende de laudo médico, exceto nos casos de invalidez permanente notória ou naqueles em que o conhecimento anterior resulte comprovado na fase de instrução”, conforme Súmula 573, do STJ.

### 3. Da falta de pagamento do prêmio

De acordo com a Súmula 257 do STJ, “A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores nas Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa no pagamento da indenização”. Assim, ainda que o veículo envolvido no acidente e causador do dano seja da própria vítima, a inadimplência não é causa bastante para a negativa de cobertura.

Nesse mesmo sentido, cumpre colacionar recente julgado do Superior Tribunal de Justiça, ratificando sua correta aplicação, vejamos:

AGRAVO INTERNO. RECURSO ESPECIAL. CPC/2015. DIREITO CIVIL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO. ACIDENTE DE TRÂNSITO. LESÃO AO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO. ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO. RECUSA DE INDENIZAÇÃO. DESCABIMENTO. SÚMULA 257/STJ. 1. Controvérsia acerca do pagamento de indenização do seguro DPVAT ao proprietário de veículo inadimplente com o pagamento do prêmio. 2. Nos termos da Súmula 257/STJ: “A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização”. 3. Precedentes desta Corte Superior no sentido de que a indenização é devida, ainda que a vítima seja o proprietário do veículo, inadimplente com o pagamento do prêmio. 4. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO. (STJ - AgInt no REsp 1789176/PR 209/0046062-6, Relator: Min. Paulo de Tarso, Julgamento em 01/07/2019).

### 4. Da invalidez parcial

De acordo com a Súmula 474 do STJ, “a indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez”, sendo que “é válida a utilização de tabela do Conselho Nacional de Seguros Privados para estabelecer a proporcionalidade da indenização do seguro DPVAT ao grau de invalidez também na hipótese de sinistro anterior a 16/12/2008, data da entrada em vigor da Medida Provisória n. 451/2008”, conforme Súmula 544 do STJ.

O STF confirmou a constitucionalidade das alterações promovidas na legislação sobre o DPVAT promovidas pelas Leis 11.482/2007 e 11.945/2009 (Plenário, ADI 4627/DF e ADI 4350/DF, pelo Min. Luiz Fux e ARE 704520/SP, Rel Min. Gilmar Mendes - com repercussão geral – todos julgados em 23/10/2014)

### 5. Dos juros e correção monetária

Da acordo com a Súmula 426 do STJ, “os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação”. Por seu turno, conforme a Súmula 580 do STJ, “a correção monetária nas indenizações do



seguro DPVAT por morte ou invalidez, prevista no § 7º do art. 5º da Lei n. 6.194/1974, redação dada pela Lei n. 11.482/2007, incide desde a data do evento danoso”.

## 6. Da ausência de carteira nacional de habilitação

O fato da parte requerente se encontrar desabilitada na condução do veículo automotor não impede o pagamento do seguro DPVAT posto se tratar de uma infração/irregularidade administrativa, cuja a obrigação do pagamento do seguro se concretiza com a demonstração do dano e sua relação com o acidente, não havendo espaço para discussão sobre a responsabilidade em estar ou não habilitada.

Nesse sentido, cumpre colacionar jurisprudência do próprio TJRR sobre o tema:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. CONDUTOR ACIDENTADO NÃO POSSUI CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO. IRRELEVÂNCIA. INDENIZAÇÃO DEVIDA. PAGAMENTO ADMINISTRATIVO. INSURGÊNCIA DA RÉ COM SUA CONDENAÇÃO A ARCAR COM A INTEGRALIDADE DO ÔNUS SUCUMBENCIAL. IMPOSIÇÃO DE SUCUMBÊNCIA RECÍPROCA. REDIMENSIONAMENTO. SENTENÇA REFORMADA. RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO, PARA RECONHECER A SUCUMBÊNCIA RECÍPROCA. 1. Não obstante a Carteira Nacional de Habilitação seja indispensável para a condução de veículo automotor, a simples falta de tal documento não caracteriza a culpabilidade do motorista inabilitado para fins de recebimento da indenização do seguro obrigatório DPVAT. 2. Nos termos do caput do art. 86 do CPC/2015, se cada litigante for, em parte, vencedor e vencido, serão proporcionalmente distribuídas entre eles as despesas. (TJRR – AC 0817969-22.2018.8.23.0010, Rel. Juiz(a) Conv. LUIZ FERNANDO MALLET, 2ª Turma Cível, julg.: 20/05/2019, public.: 22/05/2019)

APELAÇÃO CÍVEL – DPVAT – ACIDENTE DE TRÂNSITO – CONDUTORA SEM CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO – IRRELEVÂNCIA – ART. 5º DA LEI 6.194/74 – HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS – REDUÇÃO – ART. 85, §§ 2º E 8º, DO CPC/15 – SUCUMBÊNCIA MÍNIMA – INDENIZAÇÃO INFERIOR À QUANTIA PLEITEADA – CONDENAÇÃO QUE NÃO CARACTERIZA PARTE MÍNIMA DO PEDIDO – RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO. 1. É devida indenização à vítima envolvida em acidente de trânsito quando os seus danos resultarem invalidez permanente, embora a acidentada não apresente carteira nacional de habilitação à época dos fatos, posto que, nos termos do art. 5º da Lei 6.194/74, o pagamento do seguro independe da existência de culpa. 2. Os honorários advocatícios devem ser arbitrados em atenção ao §2º do art. 85, do CPC/15. Todavia, caso o proveito econômico obtido pela parte seja inestimável ou irrisório, pode o magistrado fixá-lo por apreciação equitativa, com fulcro no §8º do mesmo dispositivo. 3. O fato da condenação ter sido arbitrada em valor inferior ao pleiteado na inicial não enseja o necessário decaimento do pedido, devendo, para tanto, haver a demonstração de que o montante se enquadra no conceito de parte mínima do pedido, segundo preceitua o art. 85, parágrafo único, do CPC/15. (TJRR – AC 0814493-73.2018.8.23.0010, Rel. Des. TANIA VASCONCELOS, 1ª Turma Cível, julg.: 12/07/2019, public.: 15/07/2019)

DO CASO EM CONCRETO



- Indenização por invalidez parcial

O foro é competente, conforme considerações acima.

Conforme já relatado, de acordo com os entendimentos sumulares, verifica-se que, pela data do acidente e seu aspecto fático, não se operou a prescrição.

Inexistindo dúvida acerca da natureza do acidente, sua data e suas particularidades de tempo, lugar e modo, desnecessária a produção de prova em audiência. Com a perícia já realizada, processo apto a julgamento, nos termos do art. 355, inciso I, do CPC.

O ponto questionado é, assim, o grau de invalidez, razão pela qual a indenização deve ser fixada, não sendo invalidez total, em obediência aos entendimentos sumulares acima e de acordo com a tabela anexa da Lei n.º 6.194/74, segundo a sua gradação.

Vejamos:

Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

(...)

§1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá 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, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Pois bem.

No caso dos autos, a perícia médica realizada confirmou que a parte autora em decorrência de acidente de trânsito, ficou com dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequela) no membro inferior direito, em percentual de 75% .





Dessa forma, podemos concluir, portanto, que a parte autora faz jus a indenização no valor de 75% do valor máximo a ser pago quando se trata de sequela no segmento do membro inferior que, de acordo com a Lei, tem percentual de 70% do teto máximo de indenização fixada na Lei n.º 6.194/74 (R\$13.500,00) – conforme consta do Anexo da Lei.

Assim, calculando o valor de indenização a que se chega em razão da lesão apontada no membro inferior é de 75% de R\$ 9.450,00 (70% como valor da lesão em relação ao teto máximo indenizatório), totalizando o valor de R\$ 7.087,50.

Havendo o pagamento administrativo no valor de R\$ 2.531,25, observa-se que a parte autora tem direito a receber indenização no valor de R\$ 4.556,25.

## DISPOSITIVO

.

Posto isso, **JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTE** o pedido de indenização, fixando o mesmo no valor de R\$ 4.556,25, em sintonia com o laudo médico pericial que constatou 75% como grau avaliado pelas lesões no membro inferior direito, nos termos do artigo 487, I, do CPC.

Condeno a parte requerida ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios fixados em 10% (dez por cento) do valor da condenação.

Fixo juros e correção monetária na forma definida na fundamentação.

Após o trânsito em julgado, cumpridas as formalidades legais, arquivem-se os autos, com baixa.

P.R.I.

Boa Vista, data constante no sistema.

**Phillip Barbieux Sampaio**  
**Juiz Substituto - Respondendo pela 5ª Vara Cível**  
(Assinado Digitalmente - Sistema CNJ - PROJUDI)





22/02/2021: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 22/02/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 60) JULGADA PROCEDENTE A AÇÃO (22/02/2021)

Por: EGILAINE SILVA DE CARVALHO



22/02/2021: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 22/02/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de COSMO MORAIS SOUSA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 60) JULGADA PROCEDENTE A AÇÃO (22/02/2021)

Por: EGILAINE SILVA DE CARVALHO



28/02/2021: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 28/02/2021

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 01/03/2021 com prazo de 15 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 60) JULGADA PROCEDENTE A AÇÃO (22/02/2021) e ao evento de expedição seq. 61.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO



05/03/2021: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 05/03/2021

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de COSMO MORAIS SOUSA) em 04/03/2021 com prazo de 15 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 60) JULGADA PROCEDENTE A AÇÃO (22/02/2021) e ao evento de expedição seq. 62.

Por: SISTEMA CNJ



07/04/2021: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A.

Data: 07/04/2021

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Complemento: (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A \*Referente ao evento (seq. 60) JULGADA PROCEDENTE A AÇÃO (22/02/2021) e ao evento de expedição seq. 61.

Por: SISTEMA CNJ



08/04/2021: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE.

Data: 08/04/2021

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição
- GUIA DE DEPOSITO
- CALCULO



2732602- C3/ 2020-02503/ INVALIDEZ



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

Processo n.º 08163776920208230010

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **COSMO MORAIS SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., **requerer a juntada do Comprovante de Pagamento da liquidação.**

**Assim, pugna a ré pela intimação da parte autora nos termos do art. 526, §1º, NCPC, havendo extinção com a concordância expressa ou em sendo ultrapassado o prazo de 05 dias sem manifestação, deverá ser extinta a execução nos termos do art. 526, §3º c/c 924, II, NCPC.**

Por fim, que seja observado exclusivamente o nome do advogado SIVIRINO PAULI 101B/RR, para efeito de intimações futuras, sob pena de nulidade das mesmas.

Termos em que,

Pede Juntada.

BOA VISTA, 6 de abril de 2021.

**João Barbosa**  
OAB/RR 451-A

**SIVIRINO PAULI**  
101-B - OAB/RR

~





			<b>N° DA CONTA JUDICIAL</b> 200134316230	
<b>N° DA PARCELA</b> 0		<b>DATA DO DEPÓSITO</b> 01/04/2021	<b>AGÊNCIA (PREF / DV)</b> 3797	<b>TIPO DE JUSTIÇA</b> ESTADUAL
<b>DATA DA GUIA</b> 31/03/2021	<b>N° DA GUIA</b> 2732602	<b>N° DO PROCESSO</b> 08163776920208230010	<b>TRIBUNAL</b> TRIBUNAL DE JUSTICA	
<b>COMARCA</b> BOA VISTA		<b>ORGÃO/VARA</b> 5 VARA CIVEL RESIDUAL	<b>DEPOSITANTE</b> RÉU	<b>VALOR DO DEPÓSITO (R\$)</b> 5871,95
<b>NOME DO RÉU/IMPETRADO</b> SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A			<b>TIPO DE PESSOA</b> Jurídica	<b>CPF / CNPJ</b> 09248608000104
<b>NOME DO AUTOR / IMPETRANTE</b> COSMO MORAIS SOUSA			<b>TIPO DE PESSOA</b> Física	<b>CPF / CNPJ</b> 57753652249
<b>AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA</b> E66F3B03695F93F8				
<b>CÓDIGO DE BARRAS</b>				





15/03/2021

DrCalc / EasyCalc- Cálculos financeiros e judiciais pela web



## Cálculo de Atualização Monetária

### Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	
Valor Nominal	R\$ 4.556,25
Indexador e metodologia de cálculo	ENCOGE (XI ENCONTRO) - Calculado pelo critério mês cheio.
Período da correção	Novembro/2019 a Março/2021
Taxa de juros (%)	1 % a.m. simples
Período dos juros	10/7/2020 a 31/3/2021
Honorários (%)	10 %

### Dados calculados

Fator de correção do período	486 dias	1,084822
Percentual correspondente	486 dias	8,482202 %
Valor corrigido para 1/3/2021	(=)	R\$ 4.942,72
Juros(264 dias-8,00000%)	(+)	R\$ 395,42
Sub Total	(=)	R\$ 5.338,14
Honorários (10%)	(+)	R\$ 533,81
<b>Valor total</b>	<b>(=)</b>	<b>R\$ 5.871,95</b>

[Retornar](#) [Imprimir](#)





09/04/2021: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 09/04/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de COSMO MORAIS SOUSA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 66) JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE (08/04/2021)

Por: ADILVANE BORSATTO



10/04/2021: DECORRIDO PRAZO DE COSMO MORAIS SOUSA.

Data: 10/04/2021

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE COSMO MORAIS SOUSA

Complemento: (P/ advgs. de COSMO MORAIS SOUSA \*Referente ao evento (seq. 60) JULGADA  
PROCEDENTE A AÇÃO (22/02/2021) e ao evento de expedição seq. 62.

Por: SISTEMA CNJ



20/04/2021: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 20/04/2021

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de COSMO MORAIS SOUSA) em 19/04/2021 com prazo de 5 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 66) JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE (08/04/2021) e ao evento de expedição seq. 67.

Por: SISTEMA CNJ



23/04/2021: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE.

Data: 23/04/2021

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Complemento: Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE (08/04/2021)

Por: PAULO SERGIO DE SOUZA

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição





*Dr. Paulo Sérgio de Souza*  
*OAB/RR 317 B*

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA DO ESTADO DE RORAIMA.**

Processo nº 0816377-69.2020.823.0010

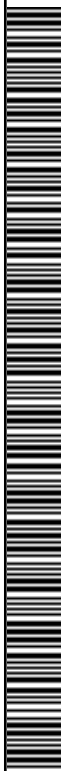
**COSMO MORAIS SOUSA** já qualificada nos autos em epígrafe, vem por meio de seu advogado à presença de Vossa Excelência. Tendo em vista o adimplemento voluntário efetuado no EP: 66 e não havendo saldo remanescente. De acordo com a nova modalidade de alvará eletrônico. Requer a expedição de um alvará eletrônico. Requer a expedição de um alvará eletrônico no valor de R\$ 5.338,14 (cinco mil trezentos e trinta e oito reais e quatorze centavos), referente ao valor principal, requer de Vossa Excelência que o depósito do respectivo alvará seja na C/C do patrono do Requerente, qual seja: Banco do Brasil agência: 3994-2 C/C: 28729-6 de titularidade de Paulo Sergio de Souza, CPF/MF: 119.657.908-36. Requer ainda a expedição de um segundo alvará online no valor de R\$ 533,81 (quinhentos e trinta e três reais e oitenta e um centavos) relativo aos honorários sucumbenciais. Também a ser depositado na C/C do patrono do Requerente, qual seja: Banco do Brasil agência: 3994-2 C/C: 28729-6 de titularidade de Paulo Sergio de Souza, CPF/MF: 119.657.908-36. Conforme Art. 22 §4º da Lei 8.906/94 (OAB) e art. 8º da Resolução 303 do CNJ, o alvará de sucumbência emitido separadamente do alvará principal.

Nestes termos pede deferimento.

Boa Vista/RR, 23 de abril de 2021.

**PAULO SÉRGIO DE SOUSA**

**OAB 317 – B**





23/04/2021: CONCLUSOS PARA SENTENÇA.

Data: 23/04/2021

Movimentação: CONCLUSOS PARA SENTENÇA

Complemento: Responsável: EDUARDO MESSAGGI DIAS

Por: ADILVANE BORSATTO



07/05/2021: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE.

Data: 07/05/2021

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição
- guia de arrecadacao judiciaria



2732602- C3/ 2020-02503/ INVALIDEZ



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

Processo n.º 08163776920208230010

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **COSMO MORAIS SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., **requerer a juntada da inclusa guia de recolhimento de custas finais, bem como diante do cumprimento da obrigação e da satisfação do credor, requer a baixa do processo no cartório distribuidor e o subsequente arquivamento dos autos.**

Por oportuno, em caso de verificado saldo remanescente a ser recolhido, pugna-se pela intimação da demandada, em nome do seu causídico abaixo apontado.

Por derradeiro, requer, ainda a ré que seja observado exclusivamente o nome do advogado SIVIRINO PAULI, 101B/RR, para efeito de intimações futuras, sob pena de nulidade das mesmas.

Termos em que,

Pede Juntada.

BOA VISTA, 5 de maio de 2021.

**João Barbosa**  
OAB/RR 451-A

**SIVIRINO PAULI**  
101-B - OAB/RR

~







Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJYPX FUHFC HFDZ7 PDA2D





						86610000002-9 84350574106-9 02021042300-8 10210060038-0							
<b>GUIA DE ARRECADAÇÃO JUDICIÁRIA</b>													
Órgão: <b>FUNDO ESPECIAL DO PODER JUDICIÁRIO DE RORAIMA</b>			CNPJ: <b>05.741.060/0001-89</b>			Agência: <b>3797-4</b>		Conta: <b>51669-4</b>		Valor do Documento: <b>R\$ 284,35</b>		Vencimento: <b>23/04/2021</b>	
Comarca: <b>BOA VISTA</b>			Nº G.A.J.: <b>010.21.0060038</b>			Valor da Causa: <b>R\$ 10.968.75</b>			Processo: <b>0816377-69.2020.8.23.0010</b>				
Contribuinte: <b>Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvt S/a</b>									CPF/CNPJ: <b>09.248.608/0001-04</b>				
												Autenticação Mecânica	

						86610000002-9 84350574106-9 02021042300-8 10210060038-0							
<b>GUIA DE ARRECADAÇÃO JUDICIÁRIA</b>													
Órgão: <b>FUNDO ESPECIAL DO PODER JUDICIÁRIO DE RORAIMA</b>			CNPJ: <b>05.741.060/0001-89</b>			Agência: <b>3797-4</b>		Conta: <b>51669-4</b>		Valor do Documento: <b>R\$ 284,35</b>		Vencimento: <b>23/04/2021</b>	
Comarca: <b>BOA VISTA</b>			Nº G.A.J.: <b>010.21.0060038</b>			Valor da Causa: <b>R\$ 10.968.75</b>			Processo: <b>0816377-69.2020.8.23.0010</b>				
Contribuinte: <b>Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvt S/a</b>									CPF/CNPJ: <b>09.248.608/0001-04</b>				
Descrição das receitas <b>01. CUSTAS FINAIS</b>										Valor R\$ <b>R\$ 284,35</b>			
OBS.: <b>PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCO DO BRASIL OU PAP – CORRESPONDENTE BANCO DO BRASIL CASO A PARTE SEJA AMPARADA POR SIGILO PROCESSUAL, O CONTRIBUINTE DEVERÁ PROVAR, OBRIGATORIAMENTE, NO PROCESSO DE ORIGEM DESTA PAGAMENTO, AS INFORMAÇÕES DE QUITAÇÃO DESTA GUIA COM A JUNTADA DE COMPROVANTE BANCÁRIO CONTENDO O CÓDIGO DE BARRAS DA GUIA.</b>										<b>R\$ 284,35</b>			
												Autenticação Mecânica	







## Guia - Ficha de Compensação

Nº DA PARCELA	DATA DO DEPÓSITO 20/04/2021	AGÊNCIA (PREF / DV) 0	Nº DA CONTA JUDICIAL 0
DATA DA GUIA 20/04/2021	Nº DO PROCESSO 08163776920208230010	TIPO DE JUSTIÇA ESTADUAL	
UF/COMARCA RR	ORGÃO/VARA Vara Cível	DEPOSITANTE RÉU	VALOR DO DEPÓSITO (R\$) 284,35
NOME DO RÉU/IMPETRADO SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A	TIPO DE PESSOA Jurídica	CPF / CNPJ 09248608000104	
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE COSMO MORAIS SOUSA	TIPO DE PESSOA FÍSICA	CPF / CNPJ 57753652249	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA 06B949803D7F67C2			
CÓDIGO DE BARRAS 8661000002 9 84350574106 9 02021042300 8 10210060038 0			



09/06/2021: ALTERADO RESPONSÁVEL PELA CONCLUSÃO PARA SENTENÇA.

Data: 09/06/2021

Movimentação: ALTERADO RESPONSÁVEL PELA CONCLUSÃO PARA SENTENÇA

Complemento: Responsável: CÉSAR HENRIQUE ALVES

Por: Dyego Oliveira Chagas



14/06/2021: EXTINTA A EXECUÇÃO OU O CUMPRIMENTO DA SENTENÇA.

Data: 14/06/2021

Movimentação: EXTINTA A EXECUÇÃO OU O CUMPRIMENTO DA SENTENÇA

Por: CÉSAR HENRIQUE ALVES

Relação de arquivos da movimentação:

- sentença





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**5ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - Centro - Boa Vista/RR - Fone: (95) 3198-4719 - E-mail: Scivelresidual@tjrr.jus.br

Proc. n.º 0816377-69.2020.8.23.0010

**SENTENÇA**

Trata-se de cumprimento de sentença de iniciativa da parte devedora.

Foi efetuado o depósito judicial no ep. 66.1.

A parte credora, sem impugnação, postulou o levantamento de valores no ep. 70.1.

Logo, por se tratar de pagamento espontâneo de valores incontroversos, defiro o pedido de expedição imediata de alvarás.

Julgo extinto o procedimento nos termos do art. 924, II e art. 526, § 3º do CPC.

Proceda-se com o prévio lançamento da intimação de sentença e demais providências, conforme termos da Recomendação/CGJ nº 001/2018, de 07 de fevereiro de 2018.

Com o trânsito em julgado, archive-se em definitivo.

Boa Vista, 14/6/2021.

**CÉSAR HENRIQUE ALVES**  
Juiz de Direito  
(Assinado Digitalmente - Sistema CNJ - PROJUDI)





14/06/2021: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 14/06/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 74) EXTINTA A EXECUÇÃO OU O CUMPRIMENTO DA SENTENÇA (14/06/2021)

Por: VICTOR BRUNNO MARCELINO DO NASCIMENTO FERNANDES



14/06/2021: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 14/06/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de COSMO MORAIS SOUSA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 74) EXTINTA A EXECUÇÃO OU O CUMPRIMENTO DA SENTENÇA (14/06/2021)

Por: VICTOR BRUNNO MARCELINO DO NASCIMENTO FERNANDES



24/06/2021: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 24/06/2021

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 24/06/2021 com prazo de 15 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 74) EXTINTA A EXECUÇÃO OU O CUMPRIMENTO DA SENTENÇA (14/06/2021) e ao evento de expedição seq. 75.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO



24/06/2021: MUDANÇA DE CLASSE PROCESSUAL DE PROCEDIMENTO ORDINÁRIO PARA CUMPRIMENTO DE SENTENÇA.

Data: 24/06/2021

Movimentação: MUDANÇA DE CLASSE PROCESSUAL DE PROCEDIMENTO ORDINÁRIO  
PARA CUMPRIMENTO DE SENTENÇA

Por: Sandra Aparecida de Oliveira Carvalho - SJRI



25/06/2021: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 25/06/2021

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de COSMO MORAIS SOUSA) em 24/06/2021 com prazo de 15 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 74) EXTINTA A EXECUÇÃO OU O CUMPRIMENTO DA SENTENÇA (14/06/2021) e ao evento de expedição seq. 76.

Por: SISTEMA CNJ



12/07/2021: TRANSITADO EM JULGADO EM 10/04/2021 .

Data: 12/07/2021

Movimentação: TRANSITADO EM JULGADO EM 10/04/2021

Complemento: Para o processo.

Por: GEORGIA NIADE ELUAN PERONICO



Data: 13/07/2021

Movimentação: JUNTADA DE CERTIDÃO

Por: Mayk Bezerra Lo

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**5ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - Centro - Boa Vista/RR - Fone: (95) 3198-4719 - E-mail: 5civelresidual@tjrr.jus.br

Processo: 0816377-69.2020.8.23.0010

**CERTIDÃO**

Certifico que, nos termos da Recomendação/CGJ nº. 01 de 07 de fevereiro de 2018, verifico a ocorrência, nos presentes autos, do seguinte:

- Ordem judicial para expedição de alvará eletrônico no EP. 74.
- Determinação de aguardar o trânsito em julgado da ordem judicial para expedição do alvará eletrônico:  
(X) Não / ( ) Sim, e já houve preclusão.
- É caso de bloqueio pelo sistema BACENJUD:  
(X) Não / ( ) Sim, e há ordem de transferência de valores.
- Os poderes dos advogados estão regularmente comprovados, incluindo os de receber e dar quitação em nome do mandante:  
( ) Não / (X) Sim.
- Existe penhora averbada no rosto dos autos:  
(X) Não / ( ) Sim, conforme auto ou termo de penhora do EP. XX.

Dessa forma, expedi o respectivo alvará eletrônico Nº. 20210713111139012060, encaminhei para conferência e posterior assinatura do magistrado no sistema SISCONDJ.

Boa Vista, 13 de julho de 2021.

**Mayk Bezerra Lo**  
Analista Judiciário





21/07/2021: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A.

Data: 21/07/2021

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Complemento: (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A \*Referente ao evento (seq. 74) EXTINTA A EXECUÇÃO OU O CUMPRIMENTO DA SENTENÇA (14/06/2021) e ao evento de expedição seq. 75.

Por: SISTEMA CNJ



Data: 21/07/2021

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE COSMO MORAIS SOUSA

Complemento: (P/ advgs. de COSMO MORAIS SOUSA \*Referente ao evento (seq. 74) EXTINTA A EXECUÇÃO OU O CUMPRIMENTO DA SENTENÇA (14/06/2021) e ao evento de expedição seq. 76.

Por: SISTEMA CNJ



19/08/2021: CONCLUSOS PARA DECISÃO.

Data: 19/08/2021

Movimentação: CONCLUSOS PARA DECISÃO

Complemento: Responsável: CÉSAR HENRIQUE ALVES

Por: YKARO BEZERRA LIMA



20/08/2021: DECLARADA INCOMPETÊNCIA.

Data: 20/08/2021

Movimentação: DECLARADA INCOMPETÊNCIA

Por: CÉSAR HENRIQUE ALVES

Relação de arquivos da movimentação:

- Decisão





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**5ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - Centro - Boa Vista/RR - Fone: (95) 3198-4719 - E-mail: Scivelresidual@tjrr.jus.br

**DECLÍNIO DE COMPETÊNCIA**

Tendo em vista a Resolução do Tribunal Pleno n.º 33/2021, publicada no Diário do Poder Judiciário no dia 19/08/2021, que alterou a competência da Quinta Vara Cível, reconheço, doravante, a incompetência deste Juízo para a matéria e **determino o encaminhamento deste e dos demais processos em tramitação nesta serventia ao Cartório Distribuidor**, para redistribuição a uma das Varas Cíveis, com Competência Genérica, com nossas homenagens.

César Henrique Alves  
Juiz de Direito





20/08/2021: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR.

Data: 20/08/2021

Movimentação: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR

Complemento: Redistribuição

Por: VICTOR BRUNNO MARCELINO DO NASCIMENTO FERNANDES



30/08/2021: REDISTRIBUÍDO POR PREVENÇÃO EM RAZÃO DE ALTERAÇÃO DE COMPETÊNCIA DO ÓRGÃO.

Data: 30/08/2021

Movimentação: REDISTRIBUÍDO POR PREVENÇÃO EM RAZÃO DE ALTERAÇÃO DE  
COMPETÊNCIA DO ÓRGÃO

Complemento: 6ª Vara Cível

Por: Michele Moreira Garcia

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão



Redistribuído





Data: 30/08/2021

Movimentação: RECEBIDOS OS AUTOS

Por: SISTEMA CNJ



31/08/2021: CONCLUSOS PARA DESPACHO.

Data: 31/08/2021

Movimentação: CONCLUSOS PARA DESPACHO

Complemento: Responsável: CÉSAR HENRIQUE ALVES

Por: PAULO RICARDO SOUSA CAVALCANTE



15/09/2021: PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE.

Data: 15/09/2021

Movimentação: PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE

Por: CÉSAR HENRIQUE ALVES

Relação de arquivos da movimentação:

- Despacho





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**6ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - 2º Piso - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4796 - E-mail: 6civelresidual@tjrr.jus.br

Proc. n.º 0816377-69.2020.8.23.0010

**DESPACHO**

Considerando a Decisão exarada no ep. 85.1, promova o cartório o cumprimento da Sentença apresentada no ep. 74.1.

Intime-se.

Boa Vista, 13/9/2021.

**CÉSAR HENRIQUE ALVES**  
Juiz de Direito  
(Assinado Digitalmente - Sistema CNJ - PROJUDI)





24/09/2021: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR.

Data: 24/09/2021

Movimentação: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR

Complemento: Redistribuição

Por: VICTOR BRUNNO MARCELINO DO NASCIMENTO FERNANDES



27/09/2021: REDISTRIBUÍDO POR SORTEIO EM RAZÃO DE ALTERAÇÃO DE COMPETÊNCIA DO ÓRGÃO.

Data: 27/09/2021

Movimentação: REDISTRIBUÍDO POR SORTEIO EM RAZÃO DE ALTERAÇÃO DE  
COMPETÊNCIA DO ÓRGÃO

Complemento: 5ª Vara Cível - Execução Cível

Por: Michele Moreira Garcia

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão



Certifico que promovi a distribuição igualitária e por sorteio dos processos especializados entre a 5º e 6º  
Vara Cível, nos termos da Resolução nº 33/2021, publicada no DJE do dia 19/08/2021.





Data: 27/09/2021

Movimentação: RECEBIDOS OS AUTOS

Por: SISTEMA CNJ



29/09/2021: CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL.

Data: 29/09/2021

Movimentação: CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL

Complemento: Responsável: CÉSAR HENRIQUE ALVES

Por: VICTOR BRUNNO MARCELINO DO NASCIMENTO FERNANDES



01/10/2021: CONCEDIDO O PEDIDO .

Data: 01/10/2021

Movimentação: CONCEDIDO O PEDIDO

Por: CÉSAR HENRIQUE ALVES

Relação de arquivos da movimentação:

- Decisão



Feito recebido neste Juízo, redistribuído em cumprimento à Resolução n°. 33 do Egrégio Tribunal de Justiça, publicada no DJE 6980, do dia 19/08/2021, assim, determino à Diretoria deste Juízo, em atenção aos princípios da celeridade e duração razoável do processo, no que couber, e alternativamente, que:

1. Havendo decisão/despacho anterior pendente de cumprimento, cumpra-se, salvo algum esclarecimento que se faça necessário, o que deverá ser feito mediante certificação nos autos;
1. Havendo pendência de despacho inicial e, verificado estarem presentes todos os requisitos dispostos na lei processual (artigo 798 do Código de Processo Civil), defiro **a citação do executado para que pague a dívida no prazo de três (3) dias**, em se tratando de **execução fundada em título executivo extrajudicial**, na forma disposta no artigo 829 do CPC, fixando, desde já, honorários advocatícios no percentual de 10%, incidente sobre o valor atualizado em execução, que deverão ser reduzidos à metade, caso o pagamento integral ocorra no prazo fixado de três dias (§ 1º do artigo 827 CPC);
1. Em se tratando de **cumprimento de sentença**, promova-se a intimação do executado para pagamento, no prazo de 15 (quinze) dias, acrescido das custas (artigo 523 CPC). Não ocorrendo pagamento voluntário no prazo assinalado, o valor será acrescido de multa de 10% e honorários de 10% também. Após o prazo, sem que ocorra o pagamento, **expeça-se desde logo**, mandado de penhora e avaliação.
1. Intime o exequente, caso ainda não tenha sido feita, e na pendência da efetivação da penhora, a respeito de seu interesse na expedição da certidão prevista no artigo 828 do Código de Processo Civil;
1. Observe o Cartório que no mandado de citação deverão constar a ordem de penhora e avaliação, a serem cumpridas pelo Sr. Oficial de Justiça, após verificado o transcurso do prazo de três dias fixados para o pagamento voluntário do valor em execução extrajudicial, ou quinze dias se cumprimento de sentença (artigos 523 e 829 CPC);





1. Havendo interesse no bloqueio de valores, ao requerer tal diligência, o exequente deverá instruir o pedido com memória atualizada de seu crédito, sob pena de eventual bloqueio não atingir a totalidade de seu crédito, face a desatualização;
1. Caso requerido pelo exequente, considerando a prioridade de penhora de dinheiro (artigo 835, I do CPC), defiro, desde já a penhora através do sistema SISBAJUDI ( Sistema de Busca de Ativos do Poder Judiciário), devendo ser resguardado o sigilo de tal diligência; a Secretaria deverá, ainda, independentemente de nova decisão, promover o desbloqueio de eventual excesso que venha a ser bloqueado – no prazo de 24 horas; autorizando, ainda, o bloqueio na modalidade chamada teimosinha na forma do artigo 854, e seguintes do CPC;
1. Não encontrado bens penhoráveis, suspenda-se a execução pelo prazo de um ano, período em que a prescrição ficará suspensa e, transcorrido este prazo e, ainda assim, não localizados bens em nome do executado, remetam-se ao arquivo, com a devida certificação (art. 921 -III e parágrafo 1º);
1. Por garantir uma efetividade maior ao processo executivo, manifeste-se o exequente, caso ainda não tenha sido feito, em cinco dias, e ainda, a qualquer tempo, se tem interesse na inclusão do nome do executado em cadastro de inadimplentes (artigo 782 CPC cc 43 §1º do CDC), através do sistema SERASAJUD, devendo a restrição ser imediatamente cancelada nas hipóteses do parágrafo 4º do mesmo dispositivo;
1. Deverá a Secretaria obedecer, rigorosamente, os despachos e decisões deste Juízo, observando-se os atos ordinatórios e evitando-se conclusões desnecessárias;
1. Verifique a Secretaria se o feito encontrava-se, antes da redistribuição, em arquivo provisório, devendo, se for o caso, retornar ao arquivo, pelo tempo restante (determinado em decisão anterior do Juízo até então competente);
1. Nas pesquisas de endereço requeridas, busque-se, preferencialmente, por ser a base de dados mais atualizada, informações junto ao SERASAJUD e, alternativamente, em caso de insucesso, nos demais sistemas disponíveis;



2. Em atenção a efetividade do processo executivo deverá a Secretaria, prioritariamente:

- a) efetivar os bloqueios no sistema SISBAJUD e
- b) expedir alvarás de levantamento, observando-se, inclusive, ao disposto na Recomendação nº001 da Corregedoria Geral de Justiça, de 07 de fevereiro de 2018.

Boa Vista, 01 de Outubro de 2021.

César Henrique Alves

Juiz de Direito

(Assinado digitalmente)





13/10/2021: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 13/10/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de COSMO MORAIS SOUSA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 95) CONCEDIDO O PEDIDO (01/10/2021)

Por: Mayk Bezerra Lo



13/10/2021: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 13/10/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 95) CONCEDIDO O PEDIDO (01/10/2021)

Por: Mayk Bezerra Lo



Data: 15/10/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE ALVARÁ ELETRÔNICO

Complemento: Referente ao evento (seq. 79) LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA(25/06/2021 00:01:57). Identificador do Cumprimento: 0002

Por: Mayk Bezerra Lo

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão
- Alvará





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**5ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - Centro - Boa Vista/RR - Fone: (95) 3198-4719 - E-mail: 5civelresidual@tjrr.jus.br

Processo: 0816377-69.2020.8.23.0010

**CERTIDÃO**

Certifico que o Alvará Eletrônico nº. 20210713111139012060 foi gravado, conferido e assinado no SISCONDJ.

Assim, intimo o beneficiário para proceder da seguinte forma:

Caso a finalidade seja **pagamento em espécie**, o beneficiário deverá comparecer em qualquer agência do Banco do Brasil S/A no Estado de Roraima, apresentando documento oficial com foto, para recebimento do alvará.

Caso a finalidade seja **crédito em conta corrente BB**, o beneficiário deverá aguardar o prazo de vinte e quatro horas para compensação do alvará diretamente na conta indicada.

Caso a finalidade seja **crédito em conta corrente de outros bancos**, o beneficiário deverá aguardar o prazo de setenta e duas horas para compensação do alvará diretamente na conta indicada.

Boa Vista/RR, 13/7/2021.

**MAYK BEZERRA LÔ**  
Técnico Judiciário, por ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito  
**CÉSAR HENRIQUE ALVES**  
(assinado eletronicamente)





PODER JUDICIÁRIO  
RORAIMA TRIBUNAL DE JUSTIÇA - RR  
ALVARÁ ELETRÔNICO DE PAGAMENTO Nº 20210713111139012060

Comarca	Vara/Serventia
BOA VISTA	5 VARA CIVEL RESIDUAL
Numero do Processo	
08163776920208230010	
Autor	Reu
COSMO MORAIS SOUSA	SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO
CPF/CNPJ Autor	CPF/CNPJ Réu
577.536.522-49	9.248.608/0001-04
Data de Expedicao	Data de Validade
13/07/2021	10/11/2021

TOTAL DE PAGAMENTOS INFORMADOS NO MANDADO: 001

Numero da Solicitacao:	0001	Tipo Valor.....	Total da conta
Valor.....	5.911,21	Calculado em.....	19.07.2021
IR.....	0,00	Tarifa.....	0,00
Finalidade.....	Transf. entre Bancos	Tipo Conta.....	Cta Corrente
Banco.....	000000104	Nome Banco.....	CAIXA ECONOMICA
Agencia.....	3994		
Conta/Dv.....	00.000.028.729-6		
Tipo Pessoa Conta.....	Fisica	CPF Titular Conta:	119.657.908-36
Beneficiario.....	COSMO MORAIS SOUSA		
CPF/CNPJ Beneficiario:	577.536.522-49		
Tipo Beneficiario.....	Fisica		
Procurador.....	PAULO SERGIO DE SOUZA		
CPF Procurador.....	119.657.908-36		
Conta/Pcl Resgatada...	0200134316230 0000		

Página 1



15/10/2021: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 15/10/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de COSMO MORAIS SOUSA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 98) EXPEDIÇÃO DE ALVARÁ ELETRÔNICO (15/10/2021)

Por: Mayk Bezerra Lo



Data: 15/10/2021

Movimentação: JUNTADA DE CERTIDÃO

Por: Mayk Bezerra Lo

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão
- Espelho SISCONDJ





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**5ª VARA CÍVEL - EXECUÇÃO CÍVEL - PROJUDI**

Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - Centro - Boa Vista/RR - Fone: (95) 3198-4719 - E-mail: Scivelresidual@tjrr.jus.br

Proc. n.º 0816377-69.2020.8.23.0010

Recurso n.º \$recurso.getNumeroUnicoRecursoFormatado()

**CERTIDÃO**

Certifico que verifiquei o pagamento em duplicidade realizado pelo executado, conforme espelho em anexo.

Para melhor entendimento, esclareço que o valor depositado pelo executado no EP. 66, referente a condenação do EP. 60, foi pago no EP. 98, não constando nos autos o comprovante do pagamento em duplicidade. Entretanto ao verificar no sistema SISCONDJ consta o depósito em duas datas distintas, sendo uma dia 31/03/2021 (EP. 66) e outra 09/08/2021, configurando o pagamento em duplicidade.

Assim, expeço intimação ao executado, para no prazo de cinco dias, informe seus dados bancários, objetivando a devolução dos valores pagos em duplicidade.

Boa Vista/RR, 15/10/2021.

**Mayk Bezerra Lo**  
Analista Judiciário





15/10/2021 11:29

.: SisconDJ .:

Em função da pandemia COVID19, o BB orienta que os resgates sejam efetuados na finalidade crédito em conta/poupança.



**SISCONDJ** Tribunal de Justiça do Estado de Roraima

Olá Sr. Mayk Bezerra Lo - f3010809 , última visita em 14/10/2021, 12:08hs

Processo

Número do Processo: 0816377-69.2020.8.23.0010

Jurisdição: Boa Vista

Órgão/Vara: 5ª VARA CÍVEL

Partes:	Tipo	Nome	CPF/CNPJ
	Autor	COSMO MORAIS SOUSA	577.536.522-49
	Adv. Autor	Paulo Sérgio de Souza	
	Réu	Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvt S/a	09.248.608/0001-04
	Adv. Réu	João Barbosa	

Contas Judiciais

Número da Conta Judicial		Valor Depositado	Valor Agendado	Valor Bloqueado	Valor Disponível	Status	Ações
—	2000122424857	R\$ 200,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 200,00	(Ativa)	

Nº	Data do	Nome do	CPF/CNPJ	Valor	Valor	Valor	Valor	Ação
Parcela	Deposito	Depositante	Depositante	Depositado	Agendado	Bloqueado	Disponível	
1	20/08/2020	SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO	09.248.608/0001-04	R\$ 200,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 204,70	

—	200134316230	R\$ 11.791,08	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 5.919,13	(Ativa)	
---	--------------	---------------	----------	----------	--------------	---------	--

Nº	Data do	Nome do	CPF/CNPJ	Valor	Valor	Valor	Valor	Ação
Parcela	Deposito	Depositante	Depositante	Depositado	Agendado	Bloqueado	Disponível	
1	31/03/2021	SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO	09.248.608/0001-04	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	
2	09/08/2021	SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO	09.248.608/0001-04	R\$ 5.919,13	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 5.959,81	





15/10/2021: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 15/10/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 100) JUNTADA DE CERTIDÃO (15/10/2021)

Por: Mayk Bezerra Lo



15/10/2021: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 15/10/2021

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de COSMO MORAIS SOUSA) em 15/10/2021 com prazo de 5 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 98) EXPEDIÇÃO DE ALVARÁ ELETRÔNICO (15/10/2021) e ao evento de expedição seq. 99.

Por: PAULO SERGIO DE SOUZA



15/10/2021: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 15/10/2021

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de COSMO MORAIS SOUSA) em 15/10/2021 com prazo de 5 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 95) CONCEDIDO O PEDIDO (01/10/2021) e ao evento de expedição seq. 96.

Por: PAULO SERGIO DE SOUZA



15/10/2021: RENÚNCIA DE PRAZO DE COSMO MORAIS SOUSA .

Data: 15/10/2021

Movimentação: RENÚNCIA DE PRAZO DE COSMO MORAIS SOUSA

Complemento: Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE ALVARÁ ELETRÔNICO (15/10/2021)

Por: PAULO SERGIO DE SOUZA



21/10/2021: EXPEDIÇÃO DE LEVANTAMENTO DE HONORÁRIOS PERICIAIS.

Data: 21/10/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE LEVANTAMENTO DE HONORÁRIOS PERICIAIS

Complemento: Referente ao evento (seq. 81) JUNTADA DE CERTIDÃO(13/07/2021 11:14:08).

Identificador do Cumprimento: 0003

Por: VICTOR BRUNNO MARCELINO DO NASCIMENTO FERNANDES

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**5ª VARA CÍVEL - EXECUÇÃO CÍVEL - PROJUDI**

Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - Centro - Boa Vista/RR - Fone: (95) 3198-4719 - E-mail: 5civelresidual@tjrr.jus.br

Processo: 0816377-69.2020.8.23.0010

## **CERTIDÃO**

Certifico que, nos termos da Recomendação/CGJ nº. 01 de 07 de fevereiro de 2018, verifico a ocorrência, nos presentes autos, do seguinte:

- Ordem judicial para expedição de alvará eletrônico no EP. XX.
- Determinação de aguardar o trânsito em julgado da ordem judicial para expedição do alvará eletrônico:  
( ☐ ) Não / ( ☐ ) Sim, e já houve preclusão.
- É caso de bloqueio pelo sistema BACENJUD:  
( ☐ ) Não / ( ☐ ) Sim, e há ordem de transferência de valores.
- Os poderes dos advogados estão regularmente comprovados, incluindo os de receber e dar quitação em nome do mandante:  
( ☐ ) Não / ( ☐ ) Sim.
- Existe penhora averbada no rosto dos autos:  
( ☐ ) Não / ( ☐ ) Sim, conforme auto ou termo de penhora do EP. XX.

Dessa forma, expedi o respectivo alvará eletrônico Nº.

**Alvará Gravado - 20211015114037013703**

, encaminhei para conferência e posterior assinatura do magistrado no sistema SISCONDJ.

Boa Vista, 15 de outubro de 2021.

**Mayk Bezerra Lo**  
Analista Judiciário





22/10/2021: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 22/10/2021

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 22/10/2021 com prazo de 5 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 100) JUNTADA DE CERTIDÃO (15/10/2021) e ao evento de expedição seq. 101.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO



22/10/2021: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 22/10/2021

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 22/10/2021 com prazo de 5 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 95)

CONCEDIDO O PEDIDO (01/10/2021) e ao evento de expedição seq. 97.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO



Data: 23/10/2021

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE COSMO MORAIS SOUSA

Complemento: (P/ advgs. de COSMO MORAIS SOUSA \*Referente ao evento (seq. 95)

CONCEDIDO O PEDIDO (01/10/2021) e ao evento de expedição seq. 96.

Por: SISTEMA CNJ