



Abhner Santos  
Advocacia e Consultoria

**PROCURAÇÃO AD JUDICIA**

Nome completo: Angelica Souza de Araújo  
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: União Estável  
Profissão: Operadora de Caixa RG: 325174 - 8 SSP/RR  
CPF: 004.028.632 - 08 Endereço: Rua: Jorpe, Quadra 33 -  
Quarte 898 Nº: SIN  
Bairro: Pedra Pintada CEP: 69.300 - 000 Município: Boa Vista /RR  
Telefone: (95) 991144 - 4292 E-mail: \_\_\_\_\_

Pelo presente instrumento procuratório, nomeio e constituo, como meus procuradores, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, e **ANDRÉ CARLOS ISRAEL**, brasileiro, casado, advogado inscrita na OAB/RR sob o nº. 2045-N, ambos com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo substabelecer esta procuração com ou sem reserva de iguais poderes.

Boa Vista/RR, 18 de junho de 2020.

Angelica Souza de Araújo  
Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR

Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 99118-5777

E-mail: [adv.abhner@hotmail.com](mailto:adv.abhner@hotmail.com) Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome completo: Angelica Souza de Araujo  
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: união estável  
Profissão: Operadora de Caixa RG: 325174-8 SSP/RR  
CPF: 004.028.632-08 Endereço: Rua Jaspe, Quadra 33, Lote  
898 // // // // // // // // Nº: S/N  
Bairro: Pedra Pintada CEP: 69300-000 Município: Boa Vista / RR  
Telefone: (95) 99144-4292 E-mail: iloir@hotmail.com

Pelo presente documento, declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 18 de junho de 2020.

Angelica Souza de Araujo  
Declarante

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

NOME:	Angelica Souza de Araujo
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	op. de caixa
IDENTIDADE:	325174-8 SSP-RR
ENDEREÇO:	R: Zaida 098 p. pintada

### OUTORGADO

NOME:	Sebastião Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	R: Antonio p. Galvão 1832

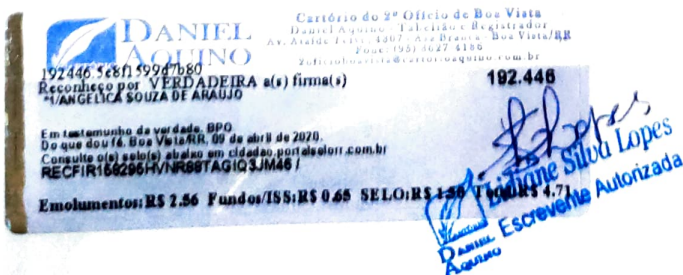
Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 14/03/2020, cobertura Invalidez, vítima: Angelica Souza de Araujo, BOAVISTA 09-04-2020

LOCAL E DATA

Angelica Souza de Araujo

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



*Angélica Souza de Araújo*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 325174-8 DATA DE EMISSÃO 26/08/2016

NOME  
**ANGÉLICA SOUZA DE ARAÚJO**

FILIAÇÃO  
**JOÃO GOMES DE ARAÚJO**  
**CHARMELA FRANCISCA SOUZA**

NATURALIDADE  
**BOA VISTA - RR** DATA DE NASCIMENTO 06/03/1991

CERTD NASC 530 FLS 265V LIV SA-1  
**BOA VISTA-RR**

004.028.632-08 **AMADEU ROCHA TRIANPIS** 13989746277  
2 VIA P. 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





09/04/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 03/2020 referente a UC: 1412582



## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

### VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4766201

**ANDERSON GUILHERME CORREA CAVALCANTE**

R. JASPE, S/N, QD 33 LOTE 898

PEDRA PINTADA

69300000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>1412582</b>	MÊS <b>03/2020</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>07-FEB-20 a 11-MAR-20</b>
CONSUMO (kWh) <b>342</b>	VENCIMENTO <b>03-APR-20</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 442,23</b>

### OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



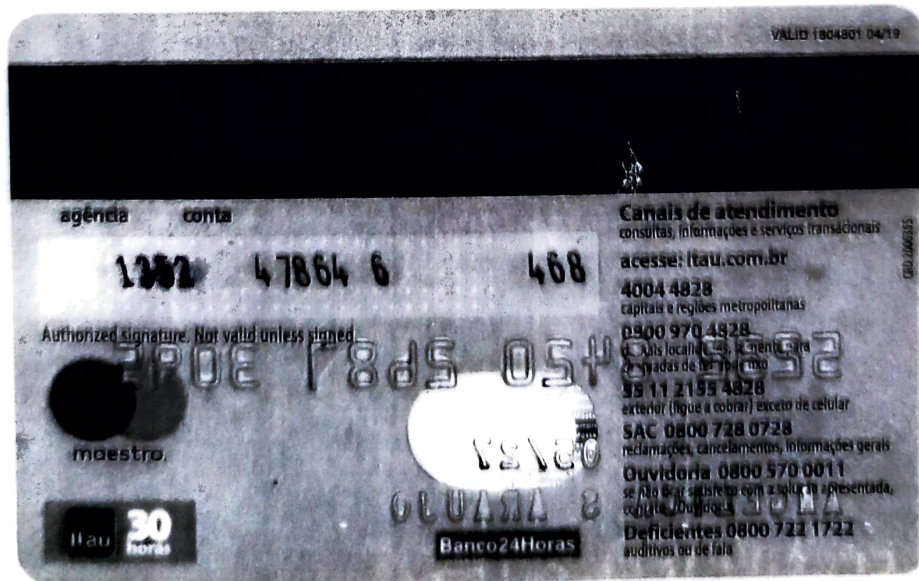
## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO <b>1412582</b>	MÊS <b>03/2020</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 442,23</b>
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836000000049.422300750003.000000001412.258203200054





corrente



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045. Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 3375/2020 - Registrado em: 20/05/2020 às 15h 13min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 14/03/2020 às 09h 10min

**LOCAL DO FATO**

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: GENERAL PENHA BRASIL

Nº. S-N

CEP: 69301-440

Bairro: TRINTA E UM DE MARCO

Tipo de local: VIA URBANA

Referência: PROXIMO DEFENSORIA PUBLICA DE BOA VISTA-RR

Complemento:

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

ANGELICA SOUZA DE ARAUJO(29), nascido(a) em 06/03/1991, sexo FEMININO, união estável, exercendo a profissão de CAIXA, CPF Nº 004.028.632-08, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de CHARMELA FRANCISCA SOUZA e JOAO GOMES DE ARAUJO, endereço: RIO AMAJARI, cep: 69315-018, Nº. 260, bairro PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR, BOA VISTA-RR, referência: PROXIMO A HORTA DO OPERARIO  
Telefone: (95) 99144-4292.

**OBJETOS**

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO - DPVAT

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA A COMUNICANTE (VITIMA) QUE ESTAVA TRAFEGANDO EM SUA MOTOCICLETA HONDA BIZ PLACA NUK-4170 NA RUA GENERAL PENHA BRASIL SENTIDO CENTRO, ONDE UM VEICULO DE COR CINZA (NÃO SE RECORDA O MODELO DO VEICULO) QUE ESTAVA NA SUA FRENTE FREIO BRUSCAMENTE TENTANDO DESVIAR-SE DE OUTRO VEICULO, NÃO DANDO CHANCES A COMUNICANTE EM FREAR, BATENDO NA TRASEIRO DO REFERIDO VEICULO, LEVANDO A COMUNICANTE AO CHÃO, SOFRENDO FRATURA DE FEMU DIREITO, EIS O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS  
DELEGADO DE POLÍCIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

ROGERIO FERREIRA DA SILVA  
AGENTE DE POLÍCIA  
MATRÍCULA: 050069788  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

  
ANGELICA SOUZA DE ARAUJO  
COMUNICANTE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - RR

Nº 013774940370

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRO	EXERCICIO
01	00373093993		2019

NOME
JACKSIEL MIRANDA

CPE/CNPJ	PLACA
021.288.432-98	NUK4170

PLACA ANT/UF	CHASSI
	8C2104820CR253323

SERIE/TIPO	COMBUSTIVEL
FAS/MOTONE/TA/MAD/DEL/IE	ALCO/ROFI

MARCA/VEICULO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/PIZ 1.6 ES	2011	2012

CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
PARTICU	VERMELHA

COTA UNICA	VENG. COTA UNICA	VENG. COTAS
*PAGO*	*PAGO*	1ª ***** 2ª ***** 3ª *****
FAIXA/PVA	PARCELAMENTO/COTAS	
** PAGO COTA UNICA **		

PRÊMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
-	R\$ 0,32	R\$ 84,58	11/06/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO MAZ-DEID L0016565061

LOCAL	DATA
BOA VISTA-RR	21/06/2019



107-2

**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

2001230555	14/03/2020 09:31:21	FICHA DE ATENDIMENTO				TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19		8
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário			
ANGÉLICA SOUZA DE ARAUJO		06/03/1991	29 A 0 M 8 D	708006877199820	00402863208				
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade	
IDENTIDADE	3251748	SSP-RR	26/08/2014	F	SOLTEIRO(A)	PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA	
Mãe	CHARMELA FRANCISCA SOUZA				Pai	Contato			
Endereço	RUA - JASPIM - 898 - CAUAME - BOA VISTA - RR				JOÃO GOMES DE ARAUJO		(95) 99144-4292		
							Ocupação	CAIXA	

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
<b>COLISAO ENTRE VEICUL</b>	<b>URGÊNCIA</b>				
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			
<b>GRANDE TRAUMA</b>	<b>SAMU CAPITAL</b>				
				Registrado por:	
				<b>ELIENE</b>	

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

Anamnese de Enfermagem	<b>GSC</b>	<b>TOTAL</b>
	AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6	15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 09 : 45 h)

ALUGATO MOTO-CARRO, TRAZIDA PELA SAUV  
COM IMOBILIZACAO PROPR.

Exame Físico

A, B, C, D: SIALT

Q: SOBRA IMPORTANTES EM COXA DIREITA

Hipótese Diagnóstica

**SADT - Exames Complementares**

☒ RAIO-X    ☐ ULTRA-SON    ☐ TC    ☐ SANGUE    ☐ URINA    ☐ ECG    ☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) tramadol 100mg (SE) / <i>100mg</i> @ qh 50m		
2) Dipiridamol 75mg (E) / <i>75mg</i>		
3) tramadol 40mg (E) / <i>40mg</i>		

AV. ... 0620  
Nova Brasília - RJ 05  
AUTENTICAÇÃO  
13/04/2011  
Cópia autêntica de documento original  
colada no prontuário do paciente Hospital

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☒ Transferência para: **ORTO P8014**

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: **11/01/2014 14:00**

Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não Destino: ( ) Família ( ) IML Anatomia Patológica / /

Assinatura do Paciente ou Responsável

**Carimbo e Assinatura do Médico**

Impresso por: eliene  
Data Hora: 14/03/2020 09:31:46

**Dr. Fernando André Martins Ferreira**  
Cirurgião Oncológico de  
Cabeça e Pescoço  
CRM-RR: 1843



Ortopedia Dr. Manoel  
paciente refere último de acidente  
com muita dor em  
coto D.

At RX apresenta fratura diafr  
rio de fêmur D.

D2 fratura + Intermédia  
para promoção cirúrgica  
solto fratura

Dr. Manoel  
Ortopedia  
CRM-RJ 1034



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

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

**TURMA: 16.03.2020**

**NIR**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CINES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CINES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - SEXO

9 - N° DO PRONTUÁRIO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES DE JUSTIFICAÇÃO INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 TERCÁRIO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNAE DA EMPRESA

40 - CBOE

41 - CBOE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - N° DA INTERNAÇÃO

50 - DATA DE INTERNAÇÃO

51 - DATA DE SAÍDA

52 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

53 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

54 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

55 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

56 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

57 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

58 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

59 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

60 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

61 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

62 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

63 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

64 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

65 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

66 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

67 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

68 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

69 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

70 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

71 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

72 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

73 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

74 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

75 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

76 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

77 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

78 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

79 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

80 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

81 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

82 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

83 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

84 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

85 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

86 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

87 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

88 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

89 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

90 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

91 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

92 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

93 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

94 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

95 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

96 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

97 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

98 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

99 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

100 - DATA DE FIM DA INTERNAÇÃO

107-2

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	14/03/2020	DN	06/03/1991		
PACIENTE	ANGELICA SOUZA ARAUJO						
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR DIAFISE DIREITO						
ALERGIAS							
IDADE	29	HAS		DM2			
LEITO	107-2	DATA	16/03/2020				
ITEM						HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					SND	
2	AVP						
3	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H (Analgia)					12 13 24 06	
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					06	
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N						
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II					SN	
7	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					SN	
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SN	
9	TILATIL 20MG EV 12/12H					12 24	
11	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA					16	
12	CURATIVO					16	
13	SSVV + CCGG 6/6H					ROTUL	
14	Ao HC						
15	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 ÁLGICAS.

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. PACIENTE EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA DIREITA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	117/74	103		36.5
18 H	105 x 70	103	19	36.6°C
24 H				

BRUNO VIEIRA DE LIMA  
MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM 1231-RR

12h Administrado medicação e exame físico SSVV segue nos cuidados.

AS Paciente no leito, feita Troca de Acesso, com Jello no 22, Afundo SSVV. Segue sem queixas nos cuidados da equipe de enfermagem.

Jacqueline Moura de Aguiar  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 54997-TE

Rosilene Garcia P. Mendes  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 552.039-TE





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

Eu ANGÉLICA Souza de Araújo CPF nº 004.018.632-08

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 anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 16 de MAIO de 20 20.

Assinatura do paciente: Angélica Souza de Araújo

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: \_\_\_\_\_

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

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

Angelica

207-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Angelica Souza de Azevedo				
AGNOSTIC	O que não tem nada de nada				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	14/3/20	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			Mantido	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			SND	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			SND	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			SND	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SND	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM			SND	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			SND	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			SND	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			SND	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			SND	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SND	
13	SSVV + CCGG 6/6 H			SND	
14	CURATIVO DIÁRIO			SND	
15	Clindamicina 600mg EV 6/6h			SND	
16	Ciprofloxacino 400mg EV 12/12h			SND	
17					
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 OU GLICOSE ≤ 70  
DEML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

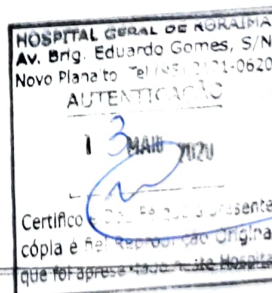
#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

#### SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	126x81	99	22
18 H	120x80	80	-
24 H	120x70	98	19

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA




38h. Paciente no leito, após dificuldade para dormir. Enf. plantonista centr. em medicação com SSVV e CCGG que causou efeitos adversos.

VRB: A ob: a farmácia não disponibilizou o item 8 e 10.

207-2



15: As 06h do dia 15/03/20, a paciente no 1110 medicada  
- Rm 2 adm intercorrência e segue aos cuidados de enfer-  
magem ~~torione~~

13/20 paciente no leito, hoje as 11hs  
refere dor intensa adm item 04 e 06 não  
foi adm item 08 SSV preservados segue  
aos cuidados da enfermagem. 

15/03/2020 Paciente no leito  
exerido SSV. adm. medicacão  
e Pm

Maria Jesus Silva Duó  
Téc. em Enfermagem  
COREN - RR 5929.396





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 004.028.632-08 4 - Nome completo da vítima: Angelica Souza de Araujo

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

5 - Nome completo: Angelica Souza de Araujo 6 - CPF: 004.028.632-08  
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua: Jussara 9 - Número: 510 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Pedro Portada 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP:  
15 - E-mail: FLOIRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95)98404-5368

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

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: 1352 CONTA: 47864 6 (Informar o dígito se existir)

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

### 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 18/06/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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, 25 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200219241

Vítima: ANGELICA SOUZA DE ARAUJO

Data do Acidente: 14/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), ANGELICA SOUZA DE ARAUJO

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15890699

Pag. 01845101846 - carta\_07 - INVALIDEZ



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: PJ838 43AEQ 4WYZP 8JUNJY



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



## ANEXO 1

### TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	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					

