



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Nome completo: Angelica Souza de Araujo

Nacionalidade: Brasileira **Estado Civil:** União Estável

Profissão: Operadora de Caixa **RG:** 325 144 - 8 **SSP/RR**

CPF: 004.028.632 - 08 **Endereço:** Rua: Jaspe, Quadra 33 -
Bloco 898 **Nº:** S/N

Bairro: Pedra Pintada **CEP:** 69.300 -000 **Município:** Boa Vista /RR

Telefone: (95) 99144 - 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 Araujo
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

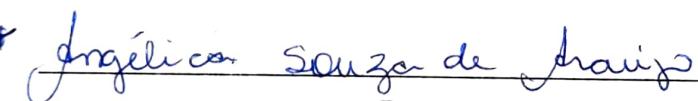
E-mail: adv.abhner@hotmail.com **Website:** <http://www.abhneradvcon.com.br>

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome completo: Angelica Souza de Araujo
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: união estavel
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: (65) 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. Boa Vista 898 p. pintada	

OUTORGADO

NOME:	Selma Ináclia de Souza	
NACIONALIDADE:	Brasileira	
PROFISSÃO:	Autônoma	
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR	
ENDEREÇO:	R. Antônio p. Calvão 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, vitima: Angelica Souza de Araujo.

Boa Vista 07-07-2020

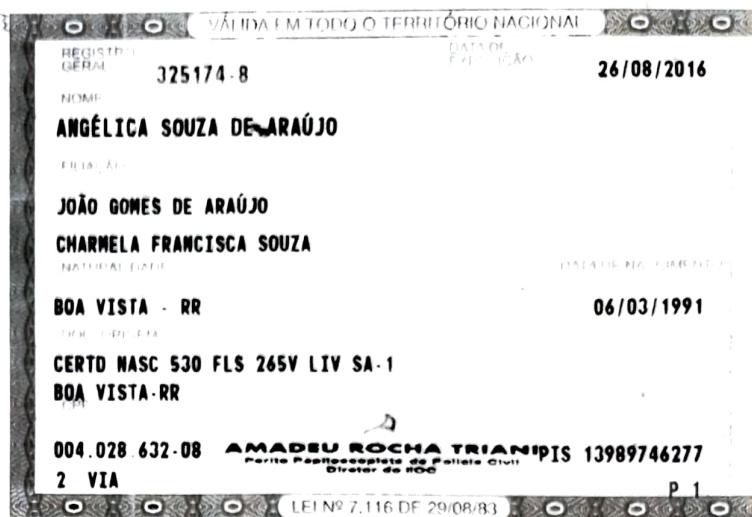
LOCAL E DATA

Angelica Souza de Araujo

ASSINATURA DO OUTORGANTE

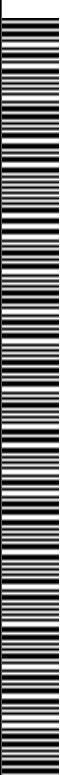
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)





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: PJ8FN QQ8QU 4KBKL WQ6CD



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

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

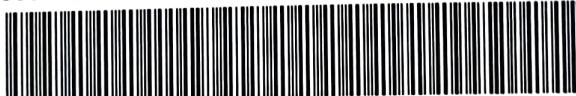
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44
IE: 240070223

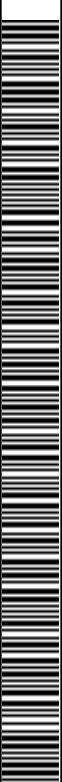
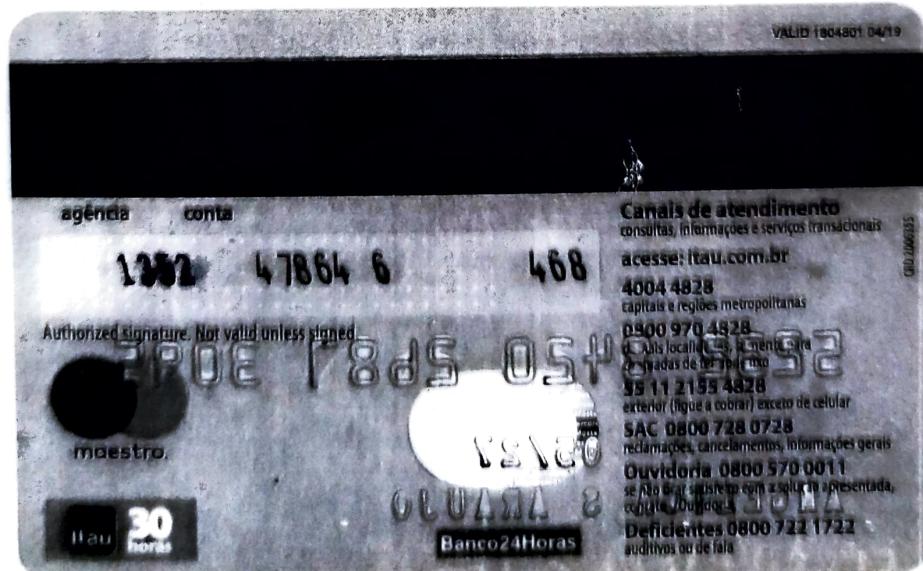
CÓDIGO ÚNICO
1412582

MÊS
03/2020

TOTAL A PAGAR
R\$ 442,23

836000000049.42230075003.000000001412.258203200054







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA 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 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 FEMUR DIREITO, EIS O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

ROGERIO FERREIRA DA SILVA
AGENTE DE POLICIA
MATRÍCULA: 050069788
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

Angelica Souza de Araujo
ANGELICA SOUZA DE ARAUJO
COMUNICANTE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR

Nº 013774940370

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA

21

COD. RENAVAM

00373093993

RNTRC

EXERCÍCIO

2015

NOME

JACKSIEL MIRANDA

CRE/CNPJ

021.288.432-98

PLACA

NUK4170

PLACA ANT/UF

CHASSI

9E2304080CR253523

SPECIE TIPO

EGS / MOTLINE 2.000 1600

COMBUSTIVEL

GLP / GÁSOLINA

MARCA/ MODELO

PEUGEOT 207 1.4 16V

ANO FAB.

2011

ANO MFG

2012

CATEGORIA

PARTICU

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC. COTAS

P	*PAGO*
V	FADA/PVA
A	** PAGO COTA UNICA **

PAGO

PARCELAMENTO/COTAS

1º *****

2º *****

3º *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

R\$ 0.32 R\$ 0.00 R\$ 0.32

11/06/2015

OBSERVACOES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO
MAZ-0016565061

100% de propriedade do Brasil
Presidente da República
DETAN - RR

LOCAL

BOA VISTA-RR

DATA

21/06/2015

507-2

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> 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
IDENTIDADE		3251748	SSP-RR	26/08/2014	F	SOLTEIRO(A)	PARDA	BOA VISTA - RR
Mãe		CHARMELA FRANCISCA SOUZA						
Endereço		RUA - JASPIN - 898 - CAUAME - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco		Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade	Autorização		Sis Prenatal
COLISAO ENTRE VEICUL		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Setor		URGÊNCIA						
GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada	SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.	Registrado por:		
Queixa Principal		(<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue)						
Anamnese de Enfermagem		GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 15						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 09:47 h)								
<p><i>ACIDENTE MOTO - CARRO, TRABALHO PELO SANTO COM IMOBILIZAÇÃO PESSOAS. A, B, C, D: SIAGT E: SORTE IMPORTANTE DA COXA DIREITA</i></p>								
Exame Físico								
Hipótese Diagnóstica								
SADT - Exames Complementares								
<input checked="" 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 <i>1) tramadol 100mg (5c) / 1000mg 04500m 2) Dipirona 2g (20) / 2000 3) Paracetamol 1000mg (10) / 2000</i>					APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
							<i>PROFISSIONAL DE RORAIMA AV. BRIG. EDUARDO GOMES, S/N NAVE CLARAS, FÁ. 03, L. 00620 AUTENTICAÇÃO</i>	
							<i>13/03/2020 Cadastra-se o documento original com a data e hora de sua origem que é apresentado neste Hospital</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 Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>ORTOPEDI</i> Data e Hora da Saida/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

Dr. Fernando André Martins Ferreira
 Cirurgião Oncológico de
 Cabeça e Pescoço
 CRM-RR: 1643



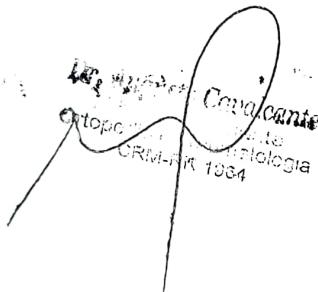
Impresso por: eliene
 Data Hora: 14/03/2020 09:31:46

Projeto - Sistema de Tecnologia
 da Informação do SUS
 001-000000000000000000

Ortopedista Dr. Mo...
paciente é um vítima de acidente
com mola reformada do braço
esquerdo.

As RX mostram fratura diafisária do fêmur.

D. fratura + Internobos
não promovendo cirurgia
Solicito exames



W.R.

Termint: 16.03.2020

NIR

Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE					
2 - CNES					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE					
4 - NOME DO PACIENTE					
5 - NOME DO PACIENTE					
6 - NOME DO PACIENTE					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 4080016877198828					
8 - DATA DE NASCIMENTO 6319					
9 - SEXO M					
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL Charmelie Francisco Soeza					
11 - TELEFONE DE CONTATO 959911444292					
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) Av. Sosipá n.º 898 Bairro					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Boa Vista					
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF RR					
16 - CEP 16100-000					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Problema com náuseas de humor D. sinto mal.					
18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO As Dolors					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Diz + Edward fm					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO Feijão / Leucocitose					
21 - CÓD. 10 PRINCIPAL 22 - CÓD. 10 SECUNDÁRIO 33 - CÓD. 10 ASSOCIADAS					
22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 79010					
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Problema com náuseas de humor D.					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Problema com náuseas de humor D.					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 79010					
26 - CLÍNICA Novo Planalto					
27 - CARÁTULA DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO () CNS () CPF					
29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Marcelo Leomar da Costa					
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 14/10/2020					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)					
33 - ACIDENTE DE TRABALHO					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - N.º DO BILHETE					
38 - CNPJ EMPRESA					
39 - CNAE DA EMPRESA					
40 - CBOF					
41 - CBOF					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF					
46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 10/10/2020					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) 1308010019 5773 7068 1298					
49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					



GOVERNO DE RORAIMA
 Hospital Geral de Roraima

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



-107-2

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		
ÍTEM	LEITO	107-2	DATA	16/03/2020	
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO S/N			
2	AVP	N/A			
3	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H (Alucia)	(12)	(13)	(24)	(26)
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	06.2			
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN	S/N			
7	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	S/N			
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S/N			
9	TILATIL 20MG EV 12/12H	12.24			
11	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	16			
12	CURATIVO	CURATIVO			
13	SSVV + CCGG 6/6H	ROT/CRU			
14	AO HC				
15	<u>SE DIABÉTICO</u> 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 FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

SINAIS VITAIS				 BRUNO VIEIRA DE LIMA MÉDICO-RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 1231-RR
6 H	PA	FC	FR	
12 H	117/74	103	36.5	
18 H	105 x 70	103	36.6°C	
24 H				

12h. Administrado medi-
 camento Rx. Aferido SSV
 e Rx. nos cuidados.

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

AS Paciente no Leito, feito Troca de Acesso, com
 Jelco n. 22, Aferido SSV, Segue sem queixas nos cui-
 dos da equipe de Enfermagem

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



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PÁRA INTERNACÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA

Eu ANGÉLICA Souza de Araújo

CPFnº 004.028.632-08

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 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 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 médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirme que recebi explicações, li, comprehendo, 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 MARÇO de 2020.

Assinatura do paciente: Angélica Souza de Araújo

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPFnº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirme 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 Medico Regulador

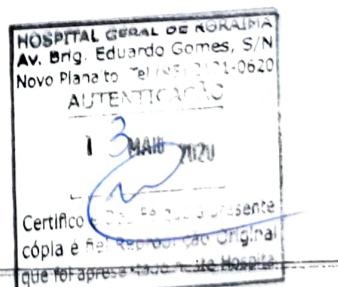
Angelica

107-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN		
PACIENTE	<i>Angelica Souza de Souza</i>			
AGNÓSTICO	<i>Exame de rotina</i>			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		DATA	<i>16/07/20</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			<i>SN</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			<i>M</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			<i>18/24 06:24</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			<i>06:24</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			<i>SN 14:30 21:30</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			<i>06:24</i>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM			<i>SN 02:00 06:00</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			<i>SN</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			<i>18/24 06:24</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			<i>18/24 06:24</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			<i>18/24 06:24</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			<i>18/24 06:24</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H			<i>noturna</i>
14	CURATIVO DIÁRIO			<i>18/24 06:24</i>
15	<i>Clambutol 30mg 3/1000</i>			<i>18/24 06:24</i>
16	<i>Fluoklo 100mg 3/1000</i>			<i>18/24 06:24</i>
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
 DMML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

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



SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
17 H	166x81	99	22
18 H	120x89	80	36°C
24 H	160x76	98	36.5

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

386. Paciente no leito, encontra-se desidratado
 pluvinoso. Enf. plantonista crente. Adm
 medicação CPM. SSVV + CCGG segue as condic.
 de enzimogênio.

12 PA 110x70 18 1563
 PF 92. 18 1563
 PA 80x62
 PF 99.

VBS: Às 06:00 a farmácia
 não disponibilizou o
 item 80x62ml

ISS: As 06hs do dia 15/03/20, a paciente no seu medicada
e Rm 103m imediatamente e segue os cuidados de enfer-
magem ~~torneira~~

2018 de Souza Ataíde
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 5929.395

13/03/20 paciente no leito, lota as 11hs
refere dor intensa adm item ⑨ e ⑩ não
foi adm item ⑧ São preservados segue
os cuidados da enfermagem. *JS*

15/03/2020 paciente no leito
referido SSIV. adm. medicacao

e Pmz

JS
Maria Jesus Silva Duó
Téc. em Enfermagem
COREN - RR 5929.395





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Pag. 01845/01846 - carta_07 - INVALIDEZ



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15890699

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



Seguradora Líder · DPVAT

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					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

