



Abhner Santos  
Advocacia e Consultoria

**PROCURAÇÃO AD JUDICIA**

Nome completo: Paulo Roberto Guedes Martins  
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ RG: 262513 SSP/RR  
CPF: 842.856.212 - 15 Endereço: Rua Varca Nº: 00170  
Bairro: Aparecida CEP: 69.308 - 375 Município: Boa Vista / RR  
Telefone: (95) 98116 - 8526 E-mail: Pauloguedes452@gmail.com

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, 15 de outubro de 2020.

✶ Paulo Roberto Guedes Martins  
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

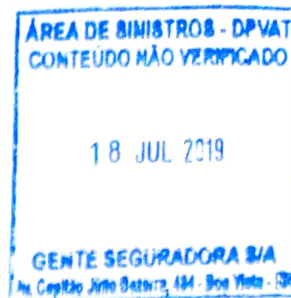
Nome completo: Paulo Roberto Guedes Martins  
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ SSP/\_\_\_\_\_  
CPF: 842.856.212-15 Endereço: Rua: Varzea Nº: 00170  
Bairro: Aparecida CEP: 69308-375 Município: Boa Vista / RR  
Telefone: (95) 98116 - 8526 E-mail: Pauloguedes458@gmail.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, 15 de outubro de 2020.

+ Paulo Roberto Guedes Martins  
Declarante

## PROCURAÇÃO PARTICULAR



### OUTORGANTE:

**Nome:** PAULO ROBERTO GUEDES MARTINS, Brasileiro, Solteiro, Estudante  
**Identidade:** 262513 SSP/RR CPF:842.856.212-15 **Endereço:** Rua Uaica nº 170, Bairro  
Aparecida, Boa Vista – RR CEP: 69306-410  
**Telefone:** (95) 98116-8526 **E.mail:** soniamararr@hotmail.com

### OUTORGADO:

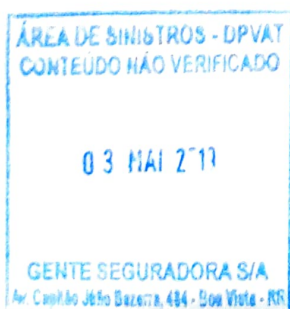
**LUCIA ANDRÉA FERREIRA**, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, Subseção Roraima sob o n.º 1039, inscrita no CPF sob o n.º 446.775.372-91, brasileira, solteira, residente e domiciliada na cidade de Boa Vista, capital de Roraima, com endereço profissional estabelecido na Avenida Jaime Brasil, n.º 124-B, bairro Centro, CEP 69.301-350, Boa Vista-RR, com o seguinte endereço eletrônico: luciaadvogada1039@gmail.com.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica, solicitar reagendamento e acompanhar processo, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Boa Vista-RR, 12 de maio de 2019.



Assinatura do  
Outorgante/Vítima



*Marjory C. C. Esbell Briglia*  
Escrevente Autorizada  
Cartório Loureiro



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Paulo Roberto Guedes Martins

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

262513 17/11/2017

**PAULO ROBERTO GUEDES MARTINS**

MIGUEL GUEDES MARTINS  
ONDINA FELISBERTO MARTINS

BOA VISTA - RR 12/08/1985

CERTD NASC 35807 FLS 161 LIV 4-48  
BOA VISTA-RR

842.856.212-15  
2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI  
Prest. Provisório de Serviço  
Dep. de ID

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

P1







CNPJ: 05.939.467/0001-15  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.306-610

CAERR  
0800 280 9520  
www.caerr.com.br

Matrícula: 86932

Abril/2019

**Dados do Cliente:**

ONDINA FELISBERTO MARTINS

**Endereço para entrega:**

RUA UAICA, NUM. 00170 - NOSSA SENHORA AP  
ARECIDA BOA VISTA RR 69308-375

| Inscrição            | Rota               | Seq.Rota      | Quantidade de Economias |
|----------------------|--------------------|---------------|-------------------------|
| 001.006.085.0312.000 | 21                 | 1655          | RESIDENCIAL             |
| Hidrômetro           | Data de Instalação | Situação Água | Situação Esgoto         |
| Y12S471656           | 30/11/2012         | LIGADO        | LIGADO                  |

| ANTERIOR               | ATUAL      | CONSUMO (m3) | NUM DE DIAS |
|------------------------|------------|--------------|-------------|
| LEITURA FAT. 892       | 902        | 10           | 28          |
| LEITURA INF.           |            |              |             |
| DT. LEITURA 14/03/2019 | 11/04/2019 |              |             |

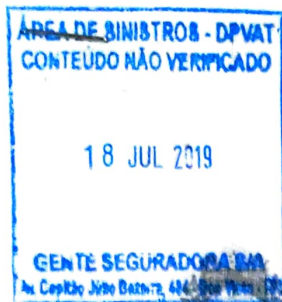
**ULTIMOS CONSUMOS**

|        |      |
|--------|------|
| 201903 | 17-0 |
| 201902 | 9-0  |
| 201901 | 10-0 |
| 201812 | 15-0 |
| 201811 | 21-0 |
| 201810 | 14-0 |
| MEDIA  | 14   |

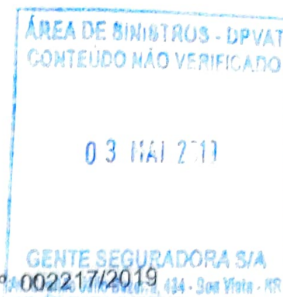
| Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor                 |       |          |     |          |        |
|-------------------------------------------------------------|-------|----------|-----|----------|--------|
| Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição |       |          |     |          |        |
| DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M                         |       |          |     |          |        |
| AMOSTRAS                                                    | CLORO | TURBIDEZ | COR | C.TOTAIS | E.COLI |
| EXIGIDAS                                                    | 198   | 198      | 198 | 198      | 198    |
| ANALISADAS                                                  | 198   | 198      | 198 | 198      | 198    |
| CONFORMES                                                   | 198   | 198      | 198 | 198      | 198    |

| DESCRIÇÃO                | CONSUMO                 | TOTAL(R\$) |
|--------------------------|-------------------------|------------|
| AGUA                     |                         |            |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) |                         |            |
| CONSUMO DE AGUA          | 10 M3                   | 23,83      |
| ESGOTO                   | 80.0 % DO VALOR DE ÁGUA | 19,06      |





520833 BMS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 002217/2019

### DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/01/2019 10:47 Data/Hora Fim: 30/01/2019 11:01  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 12/08/2018 21:45

#### Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Avenida Ville Roy

Bairro: Centro

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                | Meio(s) Empregado(s) |
|-----------------------------------------|----------------------|
| 1095: Auto lesão - Acidente de trânsito | Veículo              |

### ENVOLVIDO(S)

**Nome Civil: PAULO ROBERTO GUEDES MARTINS (VÍTIMA)**  
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 12/08/1985  
Profissão: Estudante  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Ondina Felisberto Martins Nome do Pai: Miguel Guedes Martins

#### Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 262513  
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 842.856.212-15

#### Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Uaica Nº: 170  
Bairro: Aparecida  
Telefone: (95) 98116-8526 (Celular)

**Nome Civil: SONIA MARA GUEDES MARTINS (COMUNICANTE)**  
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PR - Catanduvas Sexo: Feminino Nasc: 10/03/1981  
Profissão: Professor  
Estado Civil: União Estável  
Nome da Mãe: Ondina Felisberto Martins Nome do Pai: Miguel Guedes Martins

#### Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 521.835.482-15

#### Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Uaica Nº: 170  
Bairro: Aparecida



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha  
Impresso por: Emanoel Walla de Brito Rocha  
Data de Impressão: 30/01/2019 11:01  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002217/2019

Telefone: (95) 98126-2834 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 690.236.032-49

Placa NUH5398

Renavam 01060486226

Número do Motor KC22E0G002800

Número do Chassi 9C2KC2200GR002800

Ano/Modelo Fabricação 2016/2015

Cor VERMELHA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI

Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 14/12/2017

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Envolvimentos

Sonia Mara Guedes Martins

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que trafegava pela Avenida Ville Roy, sentido centro, conduzindo a motocicleta acima descrita, tendo como garupa PAULO ROBERTO GUEDES MARTINS, quando foram "fechados" por um veículo não identificado. Que devido a essa "fechada" perdeu o controle e caíram. Que PAULO ROBERTO sofreu lesões corporais. Que foi socorrido pela própria comunicante. Que registra SOMENTE para fins de seguro DPVAT. Era o relato.

ASSINATURAS

Erico Wallace Bessa Rocha  
Responsável pelo Atendimento

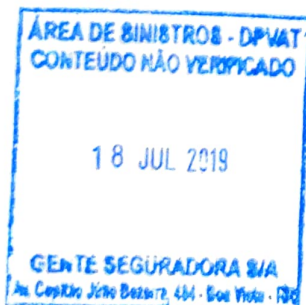
Sonia Mara Guedes Martins  
(Comunicante)

Mat. nº 042000652

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

63 JAN. 2019

AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR



Delegado de Polícia Civil Juraci Ribeiro da Rocha  
impresso por: Enico Wallace Bessa Rocha  
Data de Impressão: 30/01/2019 11:01  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA.  
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS".  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA.  
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - IML-RR  
DR. BENIGNO JOSÉ DE OLIVEIRA.



**LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO - INTEGRIDADE FÍSICA- Nº 0517/2019/IML/RR.**

**Destino: DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO/DAT/RR.**

**AUTORIDADE REQUISITANTE:**

- **Delegado (a) de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha.**
- **Requisição: Nº 003/2019/DAT. Referência: APF. Nº 0022/2019/DAT.**

**NOME: PAULO ROBERTO GUEDES MARTINS**

**NOME SOCIAL: PREJUDICADO**

**NACIONALIDADE: BRASILEIRA**

**NATURALIDADE: BOA VISTA/RR**

**IDADE: 23 ANOS (12/08/1985)**

**SEXO: MASQUILINO**

**ESTADO CIVIL: SOLTEIRO**

**COR: PARDA**

**PROFISSÃO: ESTUDANTE**

**ESCOLARIDADE: MÉDIO COMPLETO**

**DOCUMENTAÇÃO: RG. Nº 262513 - SSP/RR**

**TELEFONE: 98116-8526**

**FILIAÇÃO: AUGUMIGUEL GUEDES MARTINS E ONDINA FELISBERTO MARTINS**

**ENDEREÇO: RUA UAICA - Nº 170 - BAIRRO APARECIDA - BOA VISTA/RR**

**DATA/HORA DO EXAME: 05/01/2019, às 10 horas e 16 minutos.**

**Obs:** Os profissionais abaixo designados pelo diretor, prestam o solene compromisso de elaborar o laudo descrevendo com verdade todas as circunstâncias que encontrarem, descobrirem e observarem.

**HISTÓRICO:**

- Periciando relata ter sofrido acidente de moto, dia 12/08/2018, que fraturou ossos da face, permaneceu internado, fez cirurgia dia 24/08/2018, e recebeu alta em 25/08/2018.

**DESCRIÇÃO:**

- Em tomografia datada de 12/08/2018, é possível observar fratura de complexo zigomático orbital direito./
- Cicatriz hipocrômica, normotrófica em região orbitária direita, medindo 2,5 cm./
- Cicatriz em mucosa areolar direita na altura dos elementos 13 à 17./
- Em radiografia datada de 15/09/2018, é possível visualizar a presença de parafusos para contenção e ajuste ósseo em região zigomática direita. Relata subjetivamente, dormência na região afetada (molar direita).

**DISCUSSÃO:**

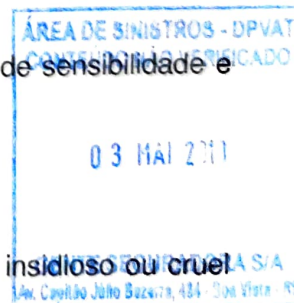
- As cicatrizes observadas são compatíveis com a intervenção cirúrgica relatada em ficha de resumo de alta. Ademais, foram apresentados ficha de atendimento hospitalar datada do dia 12/08/2018, e resumo de alta do dia 25/08/2018.

**CONCLUSÃO:**

- Houve lesão contundente. Aguardar 180 dias para avaliação da ausência de sensibilidade e laudo do cirurgião buco maxilo-facial.

**QUESITOS OFICIAIS e suas RESPOSTAS:**

- **1º** Há ofensa à integridade física ou a saúde? **SIM.**
- **2º** Qual o instrumento ou meio que a produziu? **CONTUNDENTE.**
- **3º** Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, tortura ou por meio insidioso ou cruel (resposta especificada)? **NÃO.**
- **4º** Houve perigo de vida? **NÃO.**
- **5º** Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias? **NÃO.**
- **6º** Resultou incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, debilidade permanente de membro, sentido ou função, aborto ou aceleração de parto ou deformidade permanente? **AGUARDAR 180 DIAS PARA LAUDO COMPLEMENTAR.**



É por ser verdade digitei este documento, que depois de revisado e achado conforme, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim. Sâmara S. Salustiano:

IML

Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade, CEP 69 309 005 - Boa Vista/RR.

Tel. (95) 2121-3409 (recepção), (95) 2121-3430 (direção).

Francisco P. Parais Jr.  
Médico CRM 305-RR  
Mat. 43002287



Márcia Campelo Pereira  
Mestre em Ciências da Saúde  
Perita Odontologista / IML-RR  
Mat. 42000682 / CRO-RR 150

12/08/2018

...: Guia de Atendimento 02 ...

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JEFFERSON SILVA DIAS

RG nº 177.109, data de expedição 27/07/11,  
Órgão CBM-RR, portador do CPF nº 640.236.032-49, com  
domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de  
ARRIMA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
AVA - VAICA, nº 170,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima PAULO ROBERTO GUEDES MARTINS, cujo o condutor era  
SONIA MARRA GUEDES MARTINS.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA / CG 160 FAN ESOI

Ano: 2015 / 2016

Placa: NUH 5398

Chassi: 9CJJC2200GR002800

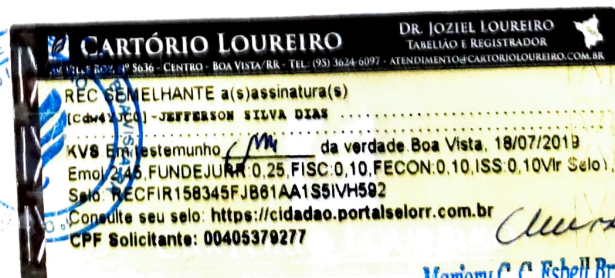
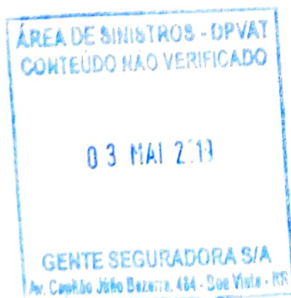
Data do Acidente: 12/08/2018

Local e Data:

Assinatura do Declarante

Sonia Maria Guedes Martins

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



Marjory C. C. Esbell Briglia  
Escrevente Autorizada  
Cartório Loureiro



... Guia de Atendimento 02 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

Rosália Gomes da Silva  
Aux. Serv. Saúde  
13.08.2018

1800994482 12/08/2018 22:06:02

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 35

Paciente **PAULO ROBERTO GUEDES MARTINS**  
Data Nascimento **12/08/1985** Idade **33 A O M O D** CNS **84285621215** Prontuário **00004753**  
Tipo Doc **IDENTIDADE** Documento **262513** Órgão Emissor **SSP-RR** Data Emissão **16/12/2014** Sexo **M** Estado Civil **SOLTEIRO** Raça/Cor **APARDA** Naturalidade **BOA VISTA - RR** Nacionalidade **BRASILEIRA**  
Mãe **ONDINA FELISBERTO MARTINS** Pai **MIGUEL GUEDES MARTINS** Contato **(95) 98126-2834**  
Endereço **RUA - UAICA - 176 - NOSSA SENHORA APARECIDA - BOA VISTA - RR** Ocupação **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco **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 **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. **Registrado por:** **EDILEUDA.SOUZA**

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

Anamnese de Enfermagem **Acidente com Abandono do Acidente de Mordedura**

GSC TOTAL  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_h)

**Tramite Fagel com Definição de Oculopatia de Mordedura a D**

Exame Físico **Oculares e Escarros em MMSS e MMII**

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

**(1) Depressão 2500**  
**(2) Fereção com Pó**

**(3) Morfina 5mg**

Conduta

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

☐ Amputatório  
☐ 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

Impressa por: edileuda.souza  
Data Hora: 12/08/2018 22:07:01

03 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
AV. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto - Tel: (95) 2121-0820  
AUTENTICAÇÃO  
15 OUT 2018  
Certifico que a presente cópia é uma reprodução Original que foi feita neste Hospital



| GRANDE TRAUMA                                                                                            |  | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|--|
|  Sistema Único de Saúde |  | Ministério da Saúde                                            |  |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b>                                                         |  |                                                                |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE                                                         |  | 2 - CNES                                                       |  |
| HGR                                                                                                      |  |                                                                |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE                                                          |  | 4 - CNES                                                       |  |
| HGR                                                                                                      |  |                                                                |  |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>                                                                         |  |                                                                |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                                                     |  | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO                                           |  |
| Paulo Roberto Guedes Martins                                                                             |  | 4753                                                           |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                                       |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO                                         |  |
| 702407023785423                                                                                          |  | 32/08/85                                                       |  |
| 9 - SEXO                                                                                                 |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO                                       |  |
|                                                                                                          |  |                                                                |  |
| 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL                                                                       |  | 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                                |  |
| Ordina Eulizanta Martins                                                                                 |  | Rua Vaila 376 - Nossa Senhora Aparecida                        |  |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                                                             |  | 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO                                       |  |
| Zona Leste                                                                                               |  | RIR                                                            |  |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>                                                                       |  |                                                                |  |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                                               |  |                                                                |  |
| Dor, edema, crepitação, edema                                                                            |  |                                                                |  |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                                                               |  |                                                                |  |
| Fratura C70.                                                                                             |  |                                                                |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)                      |  |                                                                |  |
| R / Hino.                                                                                                |  |                                                                |  |
| 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO                                                                            |  |                                                                |  |
| Fratura C70                                                                                              |  |                                                                |  |
| 21 - CID 10 PRINCIPAL                                                                                    |  |                                                                |  |
| S04                                                                                                      |  |                                                                |  |
| 22 - CID 10 SECUNDÁRIO                                                                                   |  |                                                                |  |
|                                                                                                          |  |                                                                |  |
| 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                                                            |  |                                                                |  |
|                                                                                                          |  |                                                                |  |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>                                                                           |  |                                                                |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                                |  |                                                                |  |
| Osteossíntese de fratura C70                                                                             |  |                                                                |  |
| 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                                                              |  |                                                                |  |
|                                                                                                          |  |                                                                |  |
| 26 - CLÍNICA                                                                                             |  |                                                                |  |
| Cromat                                                                                                   |  |                                                                |  |
| 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO                                                                               |  |                                                                |  |
| clínica                                                                                                  |  |                                                                |  |
| 28 - DOCUMENTO                                                                                           |  |                                                                |  |
| ( ) CNS ( ) CPF                                                                                          |  |                                                                |  |
| 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE                                       |  |                                                                |  |
| 12478777                                                                                                 |  |                                                                |  |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE                                                         |  |                                                                |  |
| Sérgio Kunele                                                                                            |  |                                                                |  |
| 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                 |  |                                                                |  |
| 12/08/18                                                                                                 |  |                                                                |  |
| 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                   |  |                                                                |  |
|                                                                                                          |  |                                                                |  |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>                                    |  |                                                                |  |
| 33 - ACIDENTE DE TRABALHO                                                                                |  |                                                                |  |
| 34 - ACIDENTE DE TRABALHO FÍSICO                                                                         |  |                                                                |  |
| 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO                                                                        |  |                                                                |  |
| 36 - CNPJ DA SEGURADORA                                                                                  |  |                                                                |  |
| 37 - Nº DO BILHETE                                                                                       |  |                                                                |  |
| 38 - SÉRIE                                                                                               |  |                                                                |  |
| 39 - CNPJ EMPRESA                                                                                        |  |                                                                |  |
| 40 - CNES DA EMPRESA                                                                                     |  |                                                                |  |
| 41 - CBOR                                                                                                |  |                                                                |  |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA                                                                           |  |                                                                |  |
| ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO               |  |                                                                |  |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                       |  |                                                                |  |
| 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                                                                                 |  |                                                                |  |
| 12/08/18                                                                                                 |  |                                                                |  |
| 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                   |  |                                                                |  |
|                                                                                                          |  |                                                                |  |
| 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                          |  |                                                                |  |
| 308010019                                                                                                |  |                                                                |  |
| T068                                                                                                     |  |                                                                |  |
| S084 V299                                                                                                |  |                                                                |  |



03 MAI 2018

GENTE SEGURO S/A

Av. Camilo José Bates - 116 - São Paulo - SP



# HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

## SERVIÇO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL

### PRESCRIÇÃO DIÁRIA



202-1

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

| NOME                                                           | LEITO       | GT- QUARTO AMARELA | DATA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PAULO ROBERTO GUEDES MARTINS</b>                            |             |                    | <b>13/08/2018</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 1 Dieta Líquido Pastosa VO                                     | 3ND         |                    | <div> <p>HD</p> <p><b>Anotações da Enfermagem</b></p> <p>16/08/2018</p> <p>14:00</p> <p>15:30</p> <p>16:00</p> <p>16:30</p> <p>17:00</p> <p>17:30</p> <p>18:00</p> <p>18:30</p> <p>19:00</p> <p>19:30</p> <p>20:00</p> <p>20:30</p> <p>21:00</p> <p>21:30</p> <p>22:00</p> <p>22:30</p> <p>23:00</p> <p>23:30</p> <p>24:00</p> </div> |
| 2 AVP + SF 0,9% 500mL EV 8/8h                                  | 14-22-06    |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| DO 3 Cefalotina 1g EV 6/6h                                     | 12-18-06    |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| DO 4 Dexametasona 4mg EV 8/8h                                  | 08-20       |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| DO 5 Tenoxicam 20mg EV 12/12h                                  | 10-22       |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 6 Dipirona 1g EV 6/6h SN                                       | S/N 20:45   |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 7 Ondansetrona 4mg EV 12/12h SN                                | S/N         |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 8 Ranitidina 50mg EV 8/8h ou Omeprazol 20mg EV ou VO 1x ao dia | 06-14-22-06 |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 9 Vitamina C 1g EV 1x/dia                                      | 14          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 10 Complexo B 1 amp EV 1x/dia                                  | 14          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 11 Higiene oral com digluconato de clorexidina 0,12% 3x/dia    | M-T-N       |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 12 CABECEIRA ELEVADA A 30°                                     | glu         |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 13 SSVV+CCGG                                                   | 20          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 14 Transferir p/ o bloco B                                     | Se Vague    |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 15 Placel 100mg 12h                                            |             |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 16                                                             |             |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |



Glennerson Cortes Vales  
COREN-RR 247.764-TE

Dr. Bruno Araújo da Silva  
Clínica Bucomaxilofacial  
CRO-RR 717

| HORÁRIO     | 12H | 18H    | 24H    | 06H    |
|-------------|-----|--------|--------|--------|
| PA          |     | 240/90 | 115/71 | 107/70 |
| FC          |     | 60     | 63     | 50     |
| TEMPERATURA |     | 36,2   | 36,2   | 36,2   |
| FR          |     |        |        |        |
| DIURESE     |     |        |        |        |
| EVACUAÇÃO   |     |        |        |        |
| CURATIVO    |     |        |        |        |

| DEXTRO  | Insulina Regular     | HORA | DEXTRO | INSULINA |
|---------|----------------------|------|--------|----------|
| < 70    | Glicose 50% 40 ml EV |      |        |          |
| < 200   | 0 UI - SC            |      |        |          |
| 201-250 | 02 UI - SC           |      |        |          |
| 251-300 | 04 UI - SC           |      |        |          |
| 301-350 | 06 UI - SC           |      |        |          |
| 351-400 | 08 UI - SC           |      |        |          |
| > 400   | 10 UI - SC           |      |        |          |
|         | CHAMAR PLANTONISTA   |      |        |          |

**Regulado para leito**  
202-1  
Regulação Interna

14 08 18  
Coleta 4:15

Martelina Sampaio Ferreira  
COREN-RR 754419 TE







ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

EVOLUÇÃO - ODONTOLOGIA HOSPITALAR

PAULO ROBERTO GUEDES MARTINS

13/08/18 - Limitação de abertura de boca. EFIO + 140.

Prescrição de cloroxidina

14/08/18 - EFIO + 140

15/08/18 - EFIO + 140. Higienização adequada.

B202-1

Rachel Batista  
Cirurgia Dentária  
Pós-graduada em  
Ortodontia  
Rachael Rachael Barbalho  
Cirurgia Dentária  
Pós-graduada em  
Ortodontia

ESTADO DE RORAIMA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

03 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Belchior, 484 - Boa Vista - RR

Hospital Geral de Roraima

Dr. Agostinho Eduardo Gomes - 3308 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
E-mail: bucomaxilo.hgr@gmail.com

Serviço de Buco-maxilo facial

GOVERNO  
DO POVO



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL  
EVOLUÇÃO DIÁRIA



Nome: Paulo Roberto Gueles

LEITO: B-202-0

DATA: 14/08/18

ANAMNESE: Paciente no leito no momento da visita  
BEE, LOTE, AAA, pulso apertado, alívio  
em região de protusão, sem dor, assi-  
metria facial, limite pós de abertura  
bucal, Peristaltia em região de hemifo-  
to. Redutor que contém vômitos com dor  
que hoje não teve episódios de vômito.  
Ciente do quanto a higiene oral.

DT: Realizado o tratamento de acordo com o TTO.  
ID: (Exatidão de 20)

Patrícia P. Gomes

Assinatura e carimbo

15/08/18

ANAMNESE: Paciente ausente do leito no momento da visita

EFEC:

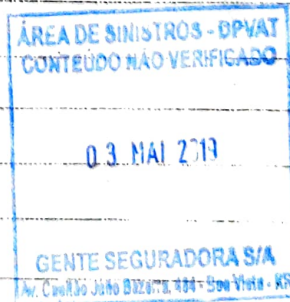
DT:

ID:

(Exatidão de 20)

Kelvin Carlos

Assinatura e carimbo









**Tratamento das Feridas**  
**Comissão de Curativo - HGR**

Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Fevereiro 2013  
Atualizada: Janeiro / 2015  
**ENF/LEITO: 202-1**

Nome: **Paulo Roberto G. Martins**

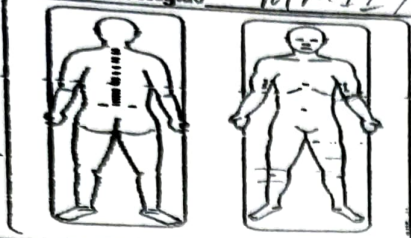
DATA: **14/08/18**

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região

**MMII / MSE**

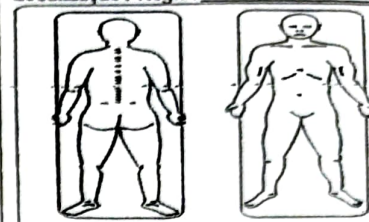


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética  
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: **exorçades**

Tamanho da Ferida:

Comprimento \_\_\_\_\_ cm / Largura: \_\_\_\_\_ cm  
Profundidade \_\_\_\_\_ cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo  
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco  
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento  
☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito  
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele  
Perifoneal:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor  
☐ Prurido ☐ Outras \_\_\_\_\_

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%  
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: \_\_\_\_\_

Cobertura primária  
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase  
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata  
☐ AGE ☐ Outro: \_\_\_\_\_

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:  
caso de + de 24hs

**Diário**

Carimbo e ass.  
Téc. em Enfermagem

01- **Berenice Sônia Carlos**  
Téc. de Enfermagem  
COREN-RR 387.172

02- **Renata**

Carimbo e Assinatura  
do Enfermeiro

OBS:

OBS:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 MAI 2018

GENIE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Batista 484 - São Paulo - SP

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.  
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL  
PRESCRIÇÃO DIÁRIA



ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME

PAULO ROBERTO GUEDES MARTINS

LEITO

B 202 -1

DATA

15/06/2018

HD

Fratura de Face

Anotações da Enfermagem

1 Dieta Líquido Pastosa VO

2 AVP + SF 0,9% 500mL EV 8/8h

D2 3 Cefalotina 1g EV 6/6h

D2 4 Dexametasona 4mg EV 8/8h

D2 5 Tenoxicam 20mg EV 12/12h

6 Dipirona 1g EV 6/6h SN

7 Plasil 10 mg EV 8/8h

8 Omeprazol 20mg EV ou VO 1x ao dia OU Ranitidina 50mg EV 8/8h

9 Vitamina C 1g EV 1x/dia

10 Complexo B 1 amp EV 1x/dia

11 Higiene oral com digluconato de clorexidina 0,12% 3x/dia

12 CABECEIRA ELEVADA A 30º

13 SSVV+CCGG

14

15

16

SINAIS VITAIS

DEXTRO

Insulina Regular

HORA

DEXTRO

INSULINA

HORÁRIO

12H

18H

24H

06H

PA

120 x 80

103 x 64

120 x 90

110 x 80

FC

72

66

74

62

TEMPERATURA

36,2

NTT

36,2

36,2

FR

DIURESE

EVACUAÇÃO

CURATIVO

+

+

< 70

Glicose 50% 40 ml EV

< 200

0 UI - SC

201-250

02 UI - SC

251-300

04 UI - SC

301-350

06 UI - SC

351-400

08 UI - SC

> 400

10 UI - SC

CHAMAR PLANTONISTA



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL  
PRESCRIÇÃO DIÁRIA



ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

|               |                              |                                                          |                                                      |             |         |                      |  |                         |                                          |          |  |
|---------------|------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------|---------|----------------------|--|-------------------------|------------------------------------------|----------|--|
| NOME          | PAULO ROBERTO GUEDES MARTINS |                                                          |                                                      |             | LEITO   | 67 QUADRA 2021       |  | DATA                    | 16/06/2018                               |          |  |
|               | 1                            | Dieta Líquido Pastosa VO                                 | ÁREA DE SINISTROS - OPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |             |         | SNB                  |  | HD                      | Fratra do Complexo<br>Zigomático Orbital |          |  |
|               | 2                            | AVP + SF 0,9% 500mL EV 8/8h                              |                                                      |             |         | 14 22 06             |  |                         |                                          |          |  |
| D3            | 3                            | Cefalotina 1g EV 6/6h                                    |                                                      | 12 12 24 06 |         |                      |  |                         |                                          |          |  |
| D3            | 4                            | Dexametasona 4mg EV 8/8h                                 | 03 MAI 2017                                          |             |         | 08 16 24             |  | Anotações da Enfermagem |                                          |          |  |
| D3            | 5                            | Tenoxicam 20mg EV 12/12h                                 |                                                      |             |         | 10 22                |  |                         |                                          |          |  |
|               | 6                            | Dipirona 1g EV 6/6h SN                                   |                                                      |             | SN      |                      |  |                         |                                          |          |  |
|               | 7                            | Ondansetrona 4mg EV 12/12h SN                            | GENTE SEGURADORA S/A                                 |             | SN      |                      |  |                         |                                          |          |  |
|               | 8                            | Omeprazol 20mg EV ou VO 1x ao dia                        | Vieira Comb. de João Batista 424 - São Paulo - SP    |             |         | 06                   |  |                         |                                          |          |  |
|               | 9                            | Ranitidina 50mg EV 8/8h (na falta do item 8)             |                                                      |             | SN      |                      |  |                         |                                          |          |  |
|               | 10                           | Vitamina C 1g EV 1x/dia                                  |                                                      |             |         | 12                   |  |                         |                                          |          |  |
|               | 11                           | Complexo B 1 amp EV 1x/dia                               |                                                      |             |         | 12                   |  |                         |                                          |          |  |
|               | 12                           | Higiene oral com digluconato de clorexidina 0,12% 3x/dia |                                                      |             |         | M 9 N                |  |                         |                                          |          |  |
|               | 13                           | CABECEIRA ELEVADA A 30º                                  |                                                      |             |         | MANUTER              |  |                         |                                          |          |  |
|               | 14                           | SSVV+CCGG                                                |                                                      |             |         | ROTINA               |  |                         |                                          |          |  |
|               | 15                           | Ossoprilatozoda Bruno Araújo da Silva                    |                                                      |             |         |                      |  |                         |                                          |          |  |
|               | 16                           | Cirurgia Bucomaxilofacial                                |                                                      |             |         |                      |  |                         |                                          |          |  |
|               |                              | CRO-RR 717                                               |                                                      |             |         |                      |  |                         |                                          |          |  |
| SINAIS VITAIS |                              |                                                          |                                                      |             | DEXTRO  | Insulina Regular     |  | HORA                    | DEXTRO                                   | INSULINA |  |
| HORÁRIO       | 12H                          | 18H                                                      | 24H                                                  | 06H         | < 70    | Glicose 50% 40 ml EV |  |                         |                                          |          |  |
| PA            |                              |                                                          |                                                      |             | < 200   | 0 UI - SC            |  |                         |                                          |          |  |
| FC            |                              |                                                          |                                                      |             | 201-250 | 02 UI - SC           |  |                         |                                          |          |  |
| TEMPERATURA   |                              |                                                          |                                                      |             | 251-300 | 04 UI - SC           |  |                         |                                          |          |  |
| FR            |                              |                                                          |                                                      |             | 301-350 | 06 UI - SC           |  |                         |                                          |          |  |
| DIURESE       |                              |                                                          |                                                      |             | 351-400 | 08 UI - SC           |  |                         |                                          |          |  |
| EVACUAÇÃO     |                              |                                                          |                                                      |             |         | 10 UI - SC           |  |                         |                                          |          |  |
| CURATIVO      |                              |                                                          |                                                      |             | >400    | CHAMAR PLANTONISTA   |  |                         |                                          |          |  |





217-4 BLOCO B

|                                                                                 |  |                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| SUS Sistema Único de Saúde                                                      |  | Ministério da Saúde                         |  |
| LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                  |  |                                             |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR      |  | 2 - CNES<br>231965-9                        |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR       |  | 4 - CNES<br>231965-9                        |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE<br>PAULO ROBERTO GUEDES MARTINS                            |  | 6 - Nº. DO PRONTUÁRIO<br>00004753           |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)<br>702407023785121                           |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO<br>12/08/1985        |  |
| 9 - SEXO<br>1 - Masculino                                                       |  | 10 - RAÇA / COR<br>PARDA                    |  |
| 11 - NOME DA MÃE<br>ONDINA FELISBERTO MARTINS                                   |  | 12 - TELEFONE DE CONTATO<br>(95) 98126-2834 |  |
| 13 - NOME DO RESPONSÁVEL<br>PAULO ROBERTO GUEDES MARTINS                        |  | 14 - TELEFONE DE CONTATO<br>(95) 98126-2834 |  |
| 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)<br>RUA: UAICA - 170 - - NOSSA SENHORA APARECIDA |  | 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO<br>140010          |  |
| 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA<br>BOA VISTA                                       |  | 18 - UF<br>RR                               |  |
|                                                                                 |  | 19 - CEP<br>69.306-410                      |  |

|                                                                                                 |  |                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|
| 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br>Dor, limitação de abertura bucal; hematoma facial |  | ÁREA DE SINISTROS - DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br>03 MAI 2018 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                              |  |                                                                         |  |
|------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|
| 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br>Necessidade de anestesia geral |  | GENTE SEGURADORA S/A<br>Rua Comandante João Pessoa, 114 - São Paulo, SP |  |
|------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                                                                                  |                       |                        |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------------|
| 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)<br>Exames laboratoriais, Raio-x de face e Tomografia de Face |                       |                        |                               |
| 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br>FRATURA DE CZO                                                                                                       | 24 - CID 10 PRINCIPAL | 25 - CID 10 SECUNDÁRIO | 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |

|                                                                                                     |                                       |                                        |                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                                             |                                       |                                        |                                                                                                |
| 27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br>Redução e fixação interna rígida de Fratura de CZO |                                       | 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO            |                                                                                                |
| 29 - CLÍNICA<br>AMBULATÓRIO                                                                         | 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO<br>ELETIVO | 31 - DOCUMENTO<br>C. N. S.             | 32 - Nº. DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE<br>126300546690006 |
| 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE<br>RODRIGO DA FRANCA ACIOLY                      |                                       | 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO<br>23/08/2018 | 35 - ASSINATURA E CARIMBO Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO                                          |

|                                                                |  |                                       |  |
|----------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) |  |                                       |  |
| 36 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO             |  | 39 - CNPJ DA SEGURADORA               |  |
| 37 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO         |  | 40 - Nº. DO BILHETE                   |  |
| 38 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO        |  | 41 - SÉRIE                            |  |
| 42 - CNPJ DA EMPRESA                                           |  | 43 - CNAE DA EMPRESA                  |  |
| 44 - CBOR                                                      |  | 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA        |  |
| <input type="checkbox"/> EMPREGADO                             |  | <input type="checkbox"/> EMPREGADOR   |  |
| <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO                              |  | <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO |  |
| <input type="checkbox"/> APOSENTADO                            |  | <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO |  |

|                                                                             |  |                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|
| AUTORIZAÇÃO                                                                 |  |                                                         |  |
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                       |  | 47 - COD. ORGÃO EMISSOR                                 |  |
| 48 - DOCUMENTO<br><input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF |  | 49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR |  |
| 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO<br>23/8/18                                         |  | 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO) |  |
|                                                                             |  | 52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR        |  |

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Plano - Tel (95) 2121-0021  
AUTENTICAÇÃO

0904020526  
15 OUT 2018  
Certifico e Dou Fé que a presente cópia foi reproduzida Original e apresentada nesta data





Pct ASA p:7

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amor ao Pátrio e ao Brasil"

Paulo Roberto Guedes Martins 33a. 24/08/14

### FICHA DE ANESTESIA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

| AGENTES | N 20 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 |
|---------|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 02      |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| SWO     |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

LIQUIDOS VENOSOS

| DA    | °C | 240 | 220 | 200 | 180 | 160 | 140 | 120 | 100 | 80 | 60 | 40 | 20 |
|-------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|----|----|
| X     |    |     |     |     |     |     |     |     |     |    |    |    |    |
| ULSO  |    |     |     |     |     |     |     |     |     |    |    |    |    |
| •     |    |     |     |     |     |     |     |     |     |    |    |    |    |
| •     |    |     |     |     |     |     |     |     |     |    |    |    |    |
| X     |    |     |     |     |     |     |     |     |     |    |    |    |    |
| OP    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |    |    |    |    |
| O     |    |     |     |     |     |     |     |     |     |    |    |    |    |
| TEMP  |    |     |     |     |     |     |     |     |     |    |    |    |    |
| ASPIR |    |     |     |     |     |     |     |     |     |    |    |    |    |
| A     |    |     |     |     |     |     |     |     |     |    |    |    |    |
| RESP  |    |     |     |     |     |     |     |     |     |    |    |    |    |
| O     |    |     |     |     |     |     |     |     |     |    |    |    |    |

EXPOST

ASSIST

CONTRO

SÍMBOLOS

1 3 4 5 7 8 9 11 10 12

| AGENTES                     | DOSES    | TÉCNICA                                 | ANOTAÇÕES                                                                      |
|-----------------------------|----------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| A fentanyl 200mcg           |          | Anestesia Geral balanceada              | MONITOR: SPO <sub>2</sub> , CO <sub>2</sub> , P, ME, H <sub>2</sub> O, FC, FR. |
| B propofol 100mcg           |          | com ventilação mecânica                 | ① AUF ② Desnitrogenizada 2.100 6m                                              |
| C Cisatracurium             |          | controlada à volume por                 | ③ Indução - Fentanyl 200mcg                                                    |
| E Tramadol 100mg            |          | sistema circular controlada             | ROPOFOL 200                                                                    |
| F                           |          | com ventilação de CO <sub>2</sub>       | Contracção 10                                                                  |
| G                           |          |                                         | ④ TOT ⑤ Intubação ⑥ Intubação                                                  |
| GLUCOSE                     | LIQUIDOS |                                         | ⑦ Relação ⑧ Desnitrogen 10                                                     |
| INDCO                       |          | Cácula - Nasal / Orofaringe             | ⑨ Tilatil 400 ⑩ Desnitrogen 80                                                 |
| SANGUE                      |          | Nasal / Orofaringe - Cega Portet        | ⑪ Opiuro 20 ⑫ Tramadol 100                                                     |
|                             |          | Bal - Tamp - Calibre do Tubo 7.5 - duft | ⑬ Neostigmin 20 ⑭ Atropina 10                                                  |
|                             |          | Sob Máscara 51 dificuldade              |                                                                                |
|                             |          | Dificuldade Técnica Nenhum              |                                                                                |
| SPO <sub>2</sub> 90% - 100% |          | TEMPO DE ANESTESIA                      |                                                                                |
| TOTAL 1500                  |          | 1.25h.                                  |                                                                                |
| OPERAÇÃO                    |          |                                         |                                                                                |

ANESTESIA: Dr. Michel, Dr. Bruno, Dr. José Neto. CÓDIGO: Dr. Daniel Cordeiro, Dr. Dennis. PERDA SANGÜÍNEA: Mínima esperada.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
03 MAI 2011  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Cavaleiro João Bezerra, 434 - São Vital - RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, 111  
Novo Planalto - Tel (95) 2121-1111  
AUTENTICAÇÃO  
15 OUT 2018  
Certifico e Dou Fé que a cópia é fiel reprodução

Michel M. Moura  
Médico Anestesiologista  
CRM - RR 1106



GOVERNO DO  
SECRETARIA DE EST.

DO PACIENTE  
do Roberto G  
artins  
Redução  
CIRURGIA

PRE-ANESTÉSICOS

Nome: \_\_\_\_\_ Enf: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Alt: \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_ Data: / / Serr: \_\_\_\_\_  
Diagn. Pré-OP: \_\_\_\_\_ Patrol Assoc: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Cir. Proposta: \_\_\_\_\_  
Anest. Ant: \_\_\_\_\_  
Alergia: \_\_\_\_\_  
Alcool: \_\_\_\_\_ Fumo: \_\_\_\_\_  
DROGAS: (Corticóide, fenotiazínico, hipotensor, narcotráfico, hipotico, digistático, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulf, casopressor, IMAC, outros)  
Estado Mental: \_\_\_\_\_ Boca: \_\_\_\_\_  
Pescoc: \_\_\_\_\_ Velas: \_\_\_\_\_  
R: \_\_\_\_\_  
Pases: \_\_\_\_\_  
Hepatograma: \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_  
Paracer Clínico: \_\_\_\_\_  
PA: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

Medicação Pré - Anl.

DOSE

VIA

HORA

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Sangue Tipo: \_\_\_\_\_ Leuc: \_\_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_\_  
Hm: \_\_\_\_\_ tc: \_\_\_\_\_ ts: \_\_\_\_\_ Hb: \_\_\_\_\_  
r. Coag: \_\_\_\_\_ Pq: \_\_\_\_\_ Uréia: \_\_\_\_\_  
creat: \_\_\_\_\_ Glic: \_\_\_\_\_ Na: \_\_\_\_\_ mEq/l  
Cl: \_\_\_\_\_ mEq/1k \_\_\_\_\_ mEq/1pH \_\_\_\_\_ p42  
pCO2: \_\_\_\_\_ BA: \_\_\_\_\_ BB: \_\_\_\_\_ BS: \_\_\_\_\_ BE: \_\_\_\_\_  
URINA: d: \_\_\_\_\_ pH: \_\_\_\_\_ glic: \_\_\_\_\_ Alb: \_\_\_\_\_  
Sedim: \_\_\_\_\_  
Ap. gen. Uri: \_\_\_\_\_  
AP. Resp: \_\_\_\_\_  
AP. Circ: \_\_\_\_\_  
AP. Digt: \_\_\_\_\_  
S. Osteo - Art: \_\_\_\_\_  
S. Nerv: \_\_\_\_\_  
S. Endoc: \_\_\_\_\_  
Est. Fis (ASA): \_\_\_\_\_ AN. Proposta: \_\_\_\_\_  
NB: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

Data: 24.08.18 Hora: 19:00

Paciente de alto risco do RPAD.

Marcos Felipe Diniz  
Médico Residente  
Anestesiologia  
CRM: 1809

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: / / Hora: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 MAI 2.11

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Comodoro João Batista 444 - Coo Vinte - RJ



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

|                                                                                 |                            |                                       |                  |                               |       |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|------------------|-------------------------------|-------|
| NOME DO PACIENTE                                                                |                            | APT OU LEITO                          | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA                          |       |
| Paulo Roberto Guedes Martins                                                    |                            |                                       |                  | 24 / 08 / 18                  |       |
| CIRURGIA                                                                        |                            | TEMPO DE DURAÇÃO                      |                  |                               |       |
| TIPO                                                                            |                            | INICIO                                | FIM              | TEMPO TOTAL                   |       |
| Redução de C20                                                                  |                            | 17:36                                 | 18:34            |                               |       |
| EQUIPE MÉDICA                                                                   |                            |                                       |                  |                               |       |
| CIRURGIÃO                                                                       | ANESTESISTA:               | Dr Michel                             |                  |                               |       |
| 1º AUXILIAR                                                                     | RES. ANESTESIA:            | Dr Neto                               |                  |                               |       |
| 2º AUXILIAR                                                                     | INSTRUMENTADOR             |                                       |                  |                               |       |
| CIRCULANTE                                                                      |                            | Raulo + Elizangela                    |                  |                               |       |
| TIPO DE ANESTESIA: Geral                                                        |                            | TEMPO DE DURAÇÃO:                     |                  |                               |       |
| QUANT.                                                                          | MATERIAIS                  | VALOR                                 | QUANT            | MEDICAMENTOS                  | VALOR |
| 1                                                                               | PCTS COMPRESSAS C/03 UNID. |                                       | 1                | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO     | 500   |
| 1                                                                               | PACOTES GAZE               |                                       |                  | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO  |       |
| 1                                                                               | LUVA ESTERIL 7.0           |                                       | 1                | FRASCOS- SORO GLICOSADO       |       |
| 1                                                                               | LUVA ESTERIL 7.5           |                                       | 1                | FIO VICRYLNº 4.0              |       |
|                                                                                 | LUVA ESTERIL 8.0           |                                       | 1                | FIO MONONYLON Nº 5.0          |       |
|                                                                                 | LUVA ESTERIL 8.5           |                                       |                  | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº     |       |
|                                                                                 | LUVAS P/PROCEDIMENTOS      |                                       |                  | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº     |       |
| 1                                                                               | LÂMINA BISTURINº 15        |                                       |                  | 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                   |       |
| 1                                                                               | SERINGA 01ML               |                                       | 1                | SURGICEL cloxaciline + 300 ml |       |
| 1                                                                               | SERINGA 03ML               |                                       |                  | CERA P/ OSO                   |       |
| 1                                                                               | SERINGA 05 ML              |                                       |                  | KIT CATARATANº                |       |
| 1                                                                               | SERINGA 10ML               |                                       |                  | GEOFOAM                       |       |
| 1                                                                               | SERINGA 20ML               |                                       |                  | FITA CARDIACA                 |       |
| 1                                                                               | Eletródios                 |                                       |                  | OUTROS:                       |       |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                            | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE            |                  |                               |       |
| INSTRUMENTADOR (A)                                                              |                            | MATERIAL MEDICAMENTOS                 |                  |                               |       |
| ENFERMEIRA CHEFE                                                                |                            | SUB- TOTAL                            |                  |                               |       |
| FUNKIONÁRIO/CALCULOS                                                            |                            | TAXA DE SALA                          |                  |                               |       |
| CIRCULANTE DE SALA                                                              |                            | TAXA DE ANESTESIA                     |                  |                               |       |
|                                                                                 |                            | SOMA                                  |                  |                               |       |
|                                                                                 |                            | ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE |                  |                               |       |

ÁREA DE SINISTROS - DP/AT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
03 MAI 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Cárlos Jato Barata, 404 - São Yelá - PE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Novo Planalto  
AUTENTICAÇÃO  
15 OUT 2018  
Certifico e Dou fé de que a presente  
cópia é fiel reprodução original  
que foi apresentado neste Hospital



# SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

## CENTRO CIRÚRGICO/SRPA



HGR  
Hospital Geral  
de Roraima

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM                                                                               | PRÉ                     | TRANS | PÓS | PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM                                                                                                                    | HORÁRIO | PR | TRANS | PCS |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|-------|-----|
| Ansiedade relacionada (a) procedimentos transoperatório (b) procedimentos pós-operatório                | 3                       |       |     | Avalia preparo operatório                                                                                                                    |         |    |       |     |
| Risco para infecção relacionado (a) intervenção cirúrgica (b) presença de cateter ou sonda.             |                         |       | 2   | Orientar paciente sobre o que durante a sua permanência no C.C.                                                                              |         |    |       |     |
| Risco para aspiração relacionado (a) estado pós-anestésico (b) mobilidade.                              |                         | 2     |     | Encaminhar paciente a sala de cirurgia                                                                                                       |         |    |       |     |
| Desobstrução mecânica relacionada (a) estado pós-anestésico (b) mobilidade.                             |                         | 2     |     | Cuidar para que não esteja fria na recepção do paciente                                                                                      |         |    |       |     |
| Padrão respiratório ineficaz relacionado (a) depressão do centro respiratório (b) relaxamento muscular. |                         | 2     |     | Mante: paciente coberto sem camisola                                                                                                         |         |    |       |     |
| Risco para hipotermia relacionado (a) estado de anestesia cirúrgica (b) temperatura ambiental e idade.  |                         | 2b    |     | Instala: monitores e oximetria de pulso                                                                                                      |         |    |       |     |
| Risco para trauma relacionado (a) estado anestésico (b) agitação (c) uso de bisturi elétrico.           |                         | 2b    | 1   | Auxiliar na colocação do paciente na posição cirúrgica                                                                                       |         |    |       |     |
| Risco para queimadura (a) pelo posicionamento para o operatório                                         |                         |       |     | Seguir rotina de instalação de cuidados com bisturi elétrico                                                                                 |         |    |       |     |
| Integridade da pele prejudicada (a) cirurgia (b) queimadura                                             |                         |       | 2   | Registrar volume e anotar aspecto do débito urinário de 1/1 hora                                                                             |         |    |       |     |
| Mobilidade física prejudicada relacionada a estado pós-anestésico cirúrgico.                            |                         |       | 2   | Controlar drenos frequentes nas primeiras horas de PCI                                                                                       |         |    |       |     |
| Retenção urinária relacionada (a) diminuição do tônus da bexiga pós-anestésica.                         |                         |       |     | Comunicar Enfermagem aumento de sangramentos pós-incisões e cateteres                                                                        |         |    |       |     |
| Incontinência intestinal relacionada (a) efeito da anestesia (b) não qualificação de enema              |                         |       |     | Verificar sinais vitais (T, PA, PC, PVC, FR, saturação e perfusão) de 15/15 min. 1h, 30/30 min 2h, 1/1 hora em diante.                       |         |    |       |     |
| Viagem ou alteração relacionada ao uso do tubo endotraqueal                                             |                         |       | X   | Anotar e comunicar enfermeira alterações de padrão respiratórios (apneia, dispnéia, queda da saturação, alterações no nível de consciência). |         |    |       |     |
| Or relacionado (a) incisão cirúrgica (b) mobilidade                                                     |                         |       |     | Anotar volume e aspecto das secreções traqueobrônquicas.                                                                                     |         |    |       |     |
| Úlsea relacionada (a) estado pós-cirúrgico anestésico (b) uso de medicação.                             |                         |       |     | Observar as condições da pele em relação à placa de bisturi e eletrodos com vistas a queimaduras.                                            |         |    |       |     |
| Evolução da Enfermagem                                                                                  | Relatório de Enfermagem |       |     | Fazer controle da dor, proporcionar relaxamento e mudanças de posição no leito.                                                              |         |    |       |     |
|                                                                                                         | Pós-operatório          |       |     | Mantiver curativos oclusivos com gases com drenos.                                                                                           |         |    |       |     |
|                                                                                                         | Pós-operatório          |       |     | Mantiver grades dos membros elevadas.                                                                                                        |         |    |       |     |
|                                                                                                         | Pós-operatório          |       |     | Preparar paciente para alta do C.C.                                                                                                          |         |    |       |     |

ÁREA DE SINISTROS - OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Camilo João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR





# SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM CENTRO CIRURGICO/SRPA

NOME: Paulo Roberto Grande

| DADOS PRÉ-OPERATÓRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       | TRANSOPERATÓRIO                                                                                                                                                                                                          |                    |                                                                                                                                                                                 |                  | SRPA                                                                                              |                    | Sinais Vitais                                                                                                                      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| Data                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Idade | Entrada na Sala                                                                                                                                                                                                          | Início da Cirurgia | Início Anestesia                                                                                                                                                                | Término Cirurgia | Saída S.O.                                                                                        | Cirurgia Realizada | Antes da                                                                                                                           | T  | P                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PA | SPO2 |
| 24.08.18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 55    | 17:00                                                                                                                                                                                                                    | 17:35              | 17:15                                                                                                                                                                           | 18:31            |                                                                                                   | Correl             | Est. frot. C20                                                                                                                     | 1h |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    | 99   |
| Chegada: Bloco B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       | Cirurgia Realizada                                                                                                                                                                                                       |                    | Anestesia                                                                                                                                                                       |                  | Posicionamento                                                                                    |                    | Localização                                                                                                                        |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |      |
| <input type="checkbox"/> Emergência<br><input type="checkbox"/> Internação<br><input type="checkbox"/> Outros:                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       | Hidratação Infundida<br>SF a 0,9%: 100<br>SG a 10%:                                                                                                                                                                      |                    | Antibiótico-Terapia<br>Nome:<br>Dose:                                                                                                                                           |                  | Hemoderivados<br>CH:<br>Plasma:<br>Plaquetas:                                                     |                    | 1. Sonda<br>2. Curativo<br>3. Dreno<br>4. Acesso Venoso<br>5. Outros:                                                              |    | 15'<br>30'<br>45'<br>2h<br>3h<br>1h30<br>2h<br>3h<br>4h<br>5h                                                                                                                                                                                                                                    |    |      |
| 1. Informações:<br><input type="checkbox"/> Jejum<br><input type="checkbox"/> Pre-anestésico<br><input type="checkbox"/> Jóias<br><input type="checkbox"/> Intracath<br><input type="checkbox"/> Banho<br><input type="checkbox"/> Sangue<br><input type="checkbox"/> Alegria<br><input type="checkbox"/> Cardiopata<br>Exames: <input type="checkbox"/> Asmático<br><input type="checkbox"/> Outros: |       | Sinais Vitais:<br>T: 37 °C<br>SAT: 97 %<br>FC: 64 bpm<br>P: 113/73 mmHg<br>R: 13 rpm<br>PA: 113/73 mmHg                                                                                                                  |                    | N° de compressas oferecidas:<br>N° de compressas recolhidas:                                                                                                                    |                  | Anátomo Pató. ( )<br>( ) Não<br>( ) Sim<br>N° peças:<br>( ) Cultura<br>( ) Outros:                |                    | Balanço Hídrico<br>Entradas: EV, HV, CH, SNG<br>Saídas: Dreno, Diurese, SNG, Outros                                                |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |      |
| Estado Emocional/ Mental<br><input type="checkbox"/> Choro<br><input type="checkbox"/> Sonolento<br><input type="checkbox"/> Agitado<br><input type="checkbox"/> Outros:                                                                                                                                                                                                                              |       | Exames na SO: <input checked="" type="checkbox"/> Ht <input checked="" type="checkbox"/> Hb <input checked="" type="checkbox"/> Hemograma <input checked="" type="checkbox"/> Rolo X<br><input type="checkbox"/> Outros: |                    | Legenda<br>1. Eletrodos<br>2. Oxímetro<br>3. PVC<br>4. Placa de Bisturi<br>5. Incisão<br>6. Cateter<br>7. Venoclise<br>8. Dreno<br>9. SNG<br>10. Falxa de Smarch<br>11. Outros: |                  | Área de Sinais Vitais - OPVAT<br>Correlação não verificada<br>03 MAI 2018<br>GENTE SEGURADORA S/A |                    | Sinais Virais:<br>P: 80 bpm<br>PA: 107/72 mmHg<br>R: 14 rpm<br>Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> |    | Sinais de Pele:<br><input type="checkbox"/> Furunculo<br><input type="checkbox"/> Queimadura<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Deformidade<br><input type="checkbox"/> Amputação<br><input type="checkbox"/> Fratura exposta |    |      |





ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Paulo Roberto Gomes Martins

Responsável Cirurgião

Anestesista: DR Michel + DR

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade  
☒ Sítio Cirúrgico  
☒ Procedimento  
Consentimento ( ) Sim ( ) Não

03 MAI 2020

GENTE SEGURADORA S/A

RISCO CIRÚRGICO

( ) Aplica (X) Não se Aplica

SITIO DE MRCADO

(X) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA  
CONCLUÍDA

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM  
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

( ) Não ( ) Sim, Qual: Neospor

A ABRIR DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

Sim, e equipamento/instalação disponível

PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

Não  
Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento  
de fluidos

Assinatura

Hora: 17:53h

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO  
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- (X) Identificação do paciente  
(X) Sítio cirúrgico  
(X) Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

(X) REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

(X) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

(X) 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 ANTIMICROBIANA FOI  
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

( ) Não se aplica

( ) Sim,

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

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

(X) 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

(X) Sim ( ) Não

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

(X) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplicam

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

( ) Sim ( ) Não (X) Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO  
PARA SER RESOLVIDO

( ) Sim (X) Não

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

(X) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

Assinatura e Carimbo



Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - CTBMF  
Hospital Geral Rubens de Souza Bento



RESUMO DE ALTA

Nome: *Paulo Roberto Guedes Martins*

Data da internação: *21/03/18*

Data da alta: *25/03/18*

Profissionais: *cirurgia bucomaxilofacial*

DIAGNÓSTICO

*Fratura do complexo zigomático orbital*

TRATAMENTO

*Redução e fixação de fratura de complexo zigomático orbital.*

EVOLUÇÃO

*Paciente BGR, NAA, homem, respondendo bem ao pós-operatório, sem intercorrências, recebeu alta sob prescrição para a orientação de retorno ao HGR com Dr. R. os R. L.*

ORIENTAÇÕES

1. Retornar ao pronto socorro se intercorrências.
2. Alimentação: líquida-pastosa, fria ou gelada por 48 h.
3. Evitar: exposição ao sol, alimentos quentes e duros e esforços físicos, pelo menos até o retorno.
4. Repouso: Cabeça em plano mais elevado que o resto do corpo por 48 h.
5. Higiene oral: Escovação normal dos dentes e língua, evitando as áreas da cirurgia, fazer bochechos leves 03 vezes ao dia com anti-séptico bucal indicado, iniciando somente 48 h após a cirurgia.
6. Retirar pontos com 10 dias no posto de saúde.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 MAI 2018

Ass. Cirurgião (CRO)

*Dr. R. os R. L.*  
Clínica Bucomaxilofacial  
CRO-RR 717

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Camilo João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR





Governo do Estado do Paraná  
Secretaria de Estado da Saúde

# PRESCRIÇÃO DIÁRIA

| UNIDADE / SETOR<br>HGA / B... ..                  |                                         | QUARTO<br>ÁREA DE SINISTROS (DPVAT)<br>CONTÉÚDO NA VERSÃO 2017-04  | LEITO<br>12-04       | Nº DE REGISTRO |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------|
| NOME DO PACIENTE<br>Paulo Roberto Guindes Martins |                                         | 03 MAI 21                                                          |                      |                |
| PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS<br>Francisco de Assis  |                                         | GENTE SEGURADORA S/A<br>Av. Canho João Dória, 414 - Boa Vista - RS |                      |                |
| DATA / HORA                                       | PRESCRIÇÃO                              | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM                                            |                      |                |
|                                                   |                                         | HORÁRIO                                                            | OBSERVAÇÃO           |                |
| 24/05/15                                          |                                         |                                                                    |                      |                |
| 01                                                | Ducha higiênica - pastosa VO            | 06:00                                                              |                      |                |
| 02                                                | AVE+5. EOR 500mL EV 8/8h                | 10:00                                                              | PA = 113/66          |                |
| 03                                                | Acetaminofeno 1g (EV) 6/6h              | 12:00                                                              | FC = 85              |                |
| 04                                                | Telmoxam 20mg (EV) 12/12h               | 18:00                                                              | T = 36.2             |                |
| 05                                                | Dexametasona 1g (EV) 6/6h               | 18:00                                                              |                      |                |
| 06                                                | Dexametasona 4mg (EV) 8/8h              | 18:00                                                              |                      |                |
| 07                                                | Ramipril 50mg (EV) 8/8h ou 10mg para 7h | 10:00                                                              | 20mg EV de VO 1x/dia |                |
| 08                                                | Dexametasona 4mg (EV) 8/8h              | 10:00                                                              | 24°C                 |                |
| 09                                                | Vitaminas C 1g (EV) 1x ao dia           | 12                                                                 |                      |                |
| 10                                                | Complexo B 1 AMP (EV) 1x ao dia         | 12                                                                 |                      |                |
| 11                                                | Higiênica com Dielucromato de Clor      | 7 N m T                                                            |                      |                |
| 12                                                | Antibio 0.12% 3x ao dia                 |                                                                    |                      |                |
| 13                                                | VV+CGG                                  |                                                                    |                      |                |
| Atenção: pet circitardo                           |                                         |                                                                    |                      |                |
| atualização de horários com sua aferido           |                                         |                                                                    |                      |                |
| em quinquas segue nos cuidados da                 |                                         |                                                                    |                      |                |
| Fm/ +5 oadito                                     |                                         |                                                                    |                      |                |

25/05/15 22:11 HOSPITALAR

Bruno André de Silva  
Cirurgião Bucalmaxilofacial  
CRO-RR 717





03 MAI 2020

ESTADO DE RORAIMA  
AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS  
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA CIRURGIA PROGRAMADA

O paciente Paulo Roberto Guedes

, com o diagnóstico: Fratura de Complexo zigomaxilar orbital, de 33 anos, contato: (95) Redução e fixação externa rígida, tendo como indicação MAXILO-FACIAL agendado para 1 / 1 / 1 as 1 h, devendo retornar para internação e

O paciente deverá manter as orientações do CIRURGIÃO, se for o caso, conforme recomendação fazer a da medicação de acordo com a prescrição, e deverá ainda, no momento da internação, portar todos exames pré-operatórios solicitados, bem como estar em JEJUM DE OITO (08) HORAS ANTES DO PROCEDIMENTO.

O paciente ou representante legal se compromete em comparecer no NIR do HGR, conforme definido neste documento, assumindo inclusive a responsabilidade por eventuais complicações caso não compareça na data e horário programados para internação, podendo ocasionar atraso na realização do procedimento, sendo esta uma situação alheia à vontade da equipe assistencial e da instituição.

**OBS:** é de suma importância salientar, que em caso de piora do quadro doloroso e/ou surgimento alguma outra queixa mesmo não relacionada ao problema a ser tratado nesta data, como: febre, formigamento/mudança de temperatura ou chiado (ronco) no local afetado, o paciente deve retornar **IMEDIATAMENTE** e em qualquer horário ao Pronto Atendimento Aírton Rocha - PAA onde será atendido pelo médico plantonista com base em sua classificação de risco, e sendo necessário irá referenciar à equipe assistencialista da especialidade acima.

Bruno Araújo da Silva  
Cirurgia Bucomaxilofacial  
CRO-RR 717  
CIRURGIÃO  
Assinatura e Carimbo

842.856.212-15  
PACIENTE OU RESPONSÁVEL  
Assinatura e CPF:  
Paulo R. G. Martins

Assinatura e Carimbo  
MÉDICO REGULADOR - NIR/HGR  
Assinatura e Carimbo

COMPROVANTE PARA USO E CONTROLE DO NIR - HGR

O paciente Paulo Roberto Guedes, de 33 anos, com indicação de internação Bucomaxilofacial EM 1 / 1 / 1 às 1 h, PELA ESPECIALIDADE Bucomaxilofacial EM 1 / 1 / 1 às 1 h, F realização da cirurgia programada, se compromete a comparecer conforme combinado, porta documentação solicitada (Exames Pré-Operatórios) e estando em JEJUM DE OITO (08) HORAS antes da cirurgia.

Bruno Araújo da Silva  
Cirurgia Bucomaxilofacial  
CRO-RR 717  
CIRURGIÃO  
Assinatura e Carimbo

842.856.212-15  
PACIENTE OU RESPONSÁVEL  
Assinatura e CPF:  
Paulo R. G. Martins

Assinatura e Carimbo  
MÉDICO REGULADOR - NIR/HGR  
Assinatura e Carimbo

Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes - 3308 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
(0xx95) 2121-0520  
E-mail: direcao geral.hgr@gmail.com

DIREÇÃO GERAL DO HGR

GOVERNO DO POVO





PEDIDO DE PEDIATRIA

UNIDADE: HGR  
NOME: Paulo Roberto Guedes  
IDADE: 33 anos REGISTRO: \_\_\_\_\_  
LUGAR: B ENFERMARIA: 202 LEITO: 01  
PL: \_\_\_\_\_ EMERGÊNCIA: \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO: Bucomaxilofacial PARA: Ortodontologia

Dados Clínicos:

Paciente de sexo masculino, 33 anos, vítima de acidente motorciclístico resultando em fratura em tce em região da maxila com hipótese diagnóstica de Fratura de Complexo Zgomático Orbital. Paciente com todos os exames laboratoriais, ECG, Raio-x de torax no prontuário.

Solicito Ruco Cirúrgico. Grato!

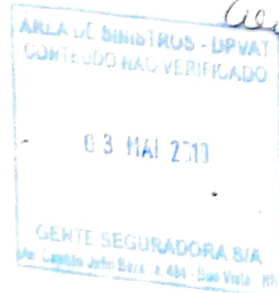
16/08/18  
Data

Bruno Araújo da Silva  
Cirurgia Bucomaxilofacial  
CRO-RR 717  
Médico

Peso 65kg

33 anos

Grupo Bucomaxilofacial



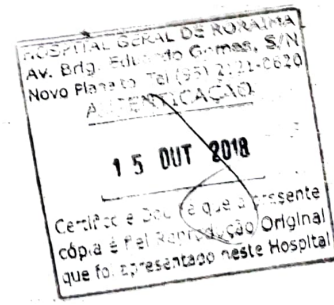
Ex físico - PA: 110/70

PA: 110/70

PA: 110/70

PC Clave 7 - J. J. J. J.

16/08/18



[Signature]

Médico



Av. Mario Homem de Melo, 5435  
REGISTRO CRM/RR: 000067-RR  
RT Dr. Vanderlei S. Oliveira CRM/RR 1069

CNPJ: 04.788.372/0001-85  
CNS: 6633668

Nome: PAULO ROBERTO GUEDES  
Medico: NÃO INFORMADO

Pedido: 0010036711  
Idade: 33ano(s)  
Coleta: 18/08/2018

## COAGULOGRAMA - PLAQUETAS / TS / TC / TAP / TTPA

### CONTAGEM DE PLAQUETAS

METODO.....: Automatizado  
MATERIAL.....: Sangue total (EDTA)  
RESULTADO.....: 190.000 /mm<sup>3</sup> V.R.: 150.000 - 450.000/mm<sup>3</sup>

TEMPO DE SANGRIA.....: 1 minuto(s) 15 segundos V.R.: 1 a 3 minutos

TEMPO DE COAGULAÇÃO.....: 8 minutos 30 segundos V.R.: 4 a 12 minutos

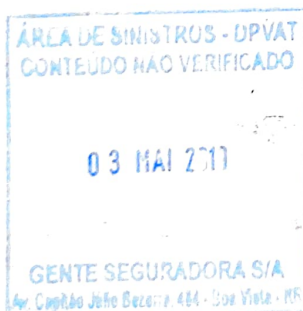
### TEMPO DE PROTOMBINA / ATIVIDADE PROTOMBINA / RNI

METODO.....: Coagulometro semi automatizado  
MATERIAL.....: Plasma (citrato)  
RESULTADO:  
TEMPO.....: 12,5 Segundos  
ATIVIDADE.....: 100 %  
RNI.....: 1,00  
Intervalo de Referencia:  
12,2 a 15,8 segundos  
> ou = 70%

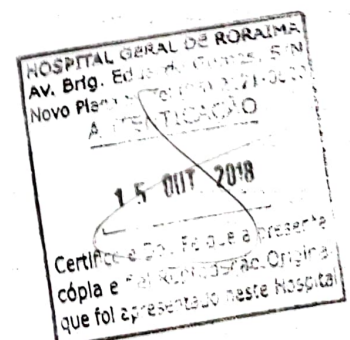
### TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

METODO Coagulometro semi automatizado  
RESULTADO 30,0 segundos V.R.: 30 a 43 segundos

OBS.:



  
Vanessa Gomes de Alcântara  
Farmaceutica-Bioquímica  
CRF/RR - 623







Nome: PAULO ROBERTO GUERRE'S  
Médico: NÃO INFORMADO

Av. Mario Romem de Melo, 5435  
REGISTRO CRM/RR: 000067-RR  
R. Dr. Vanderlei S. Oliveira CRM/RR 1069

CNPJ: 04.788.372/0001-85  
CNS: 6633668

Pedido: 0010036711  
Idade: 33ano(s)  
Coleta: 18/08/2018

### GLICOSE DE JEJUM

EXAME .....  
Método ..... Enzimático Colorimétrico (Automatizado)  
Amostra ..... Plasma (Fluoreto)  
Resultado ..... 83 mg/dl

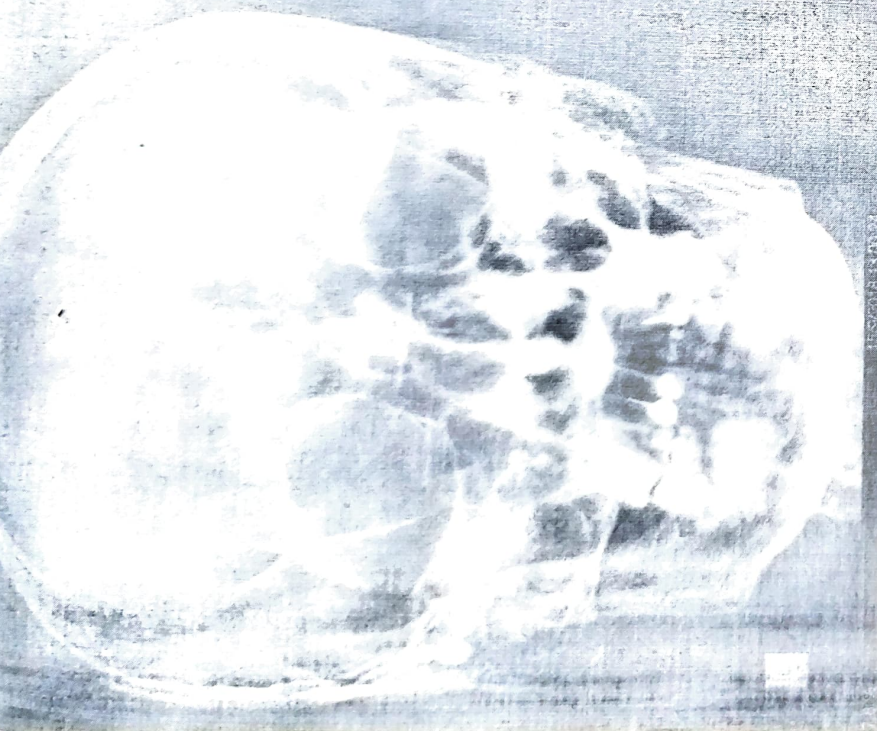
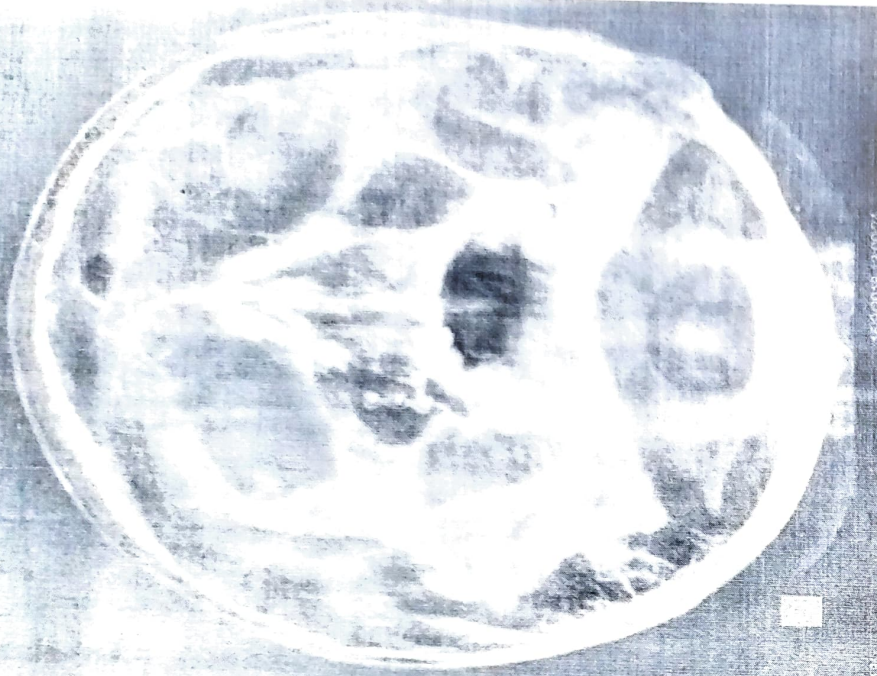
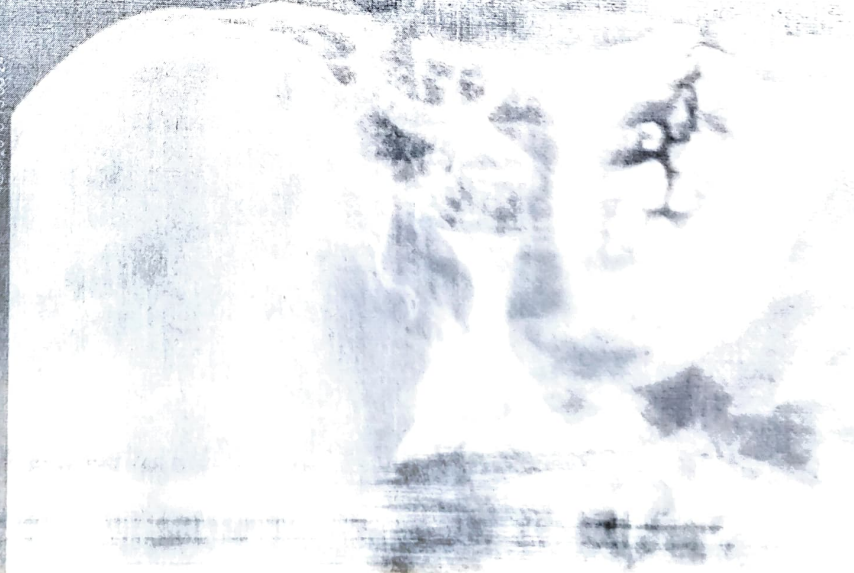


V.R.: 60 A 99 mg/dl

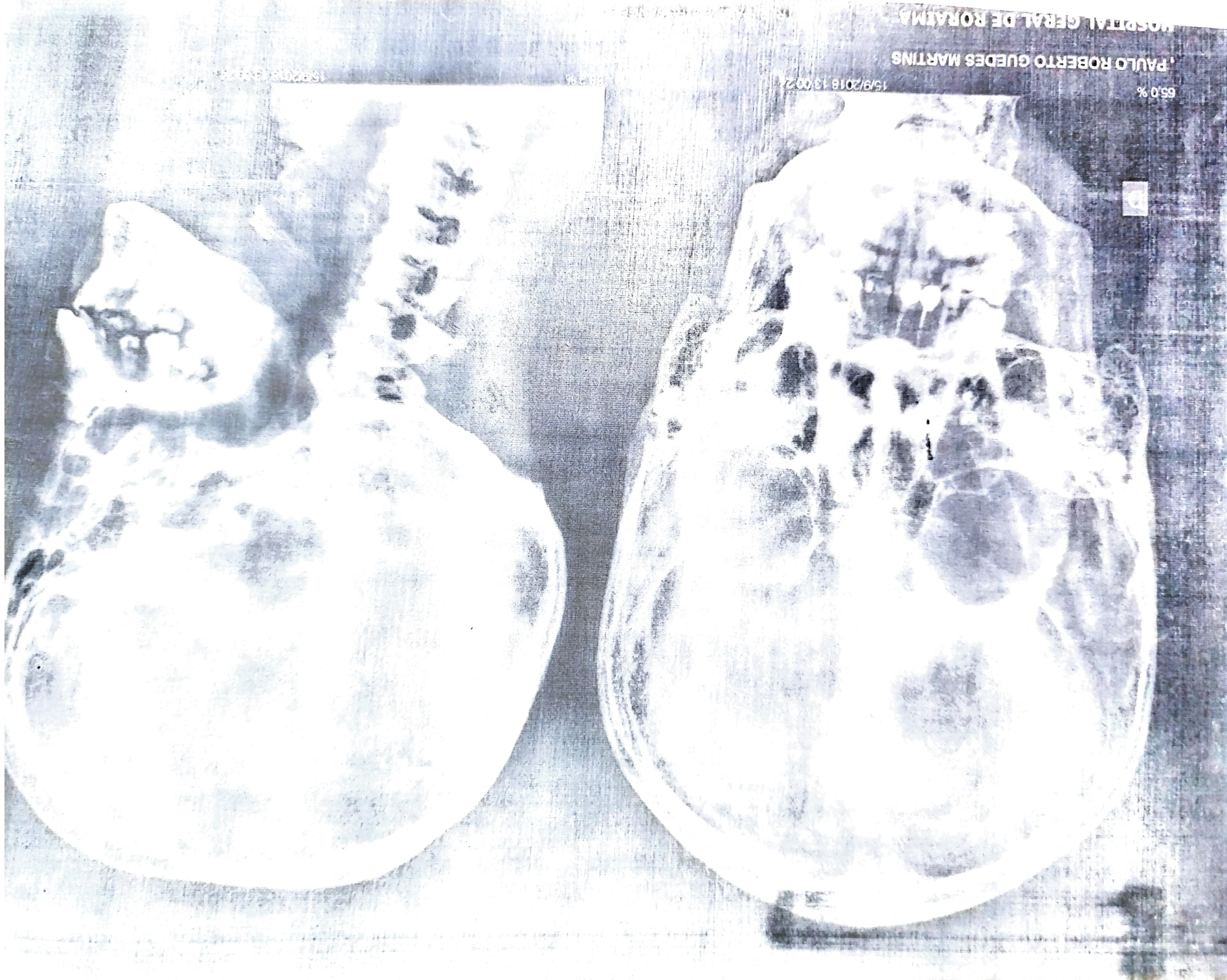
**Luciane Silva de Lima**  
Farmacêutica-Bioquímica  
CRF/RR - 451



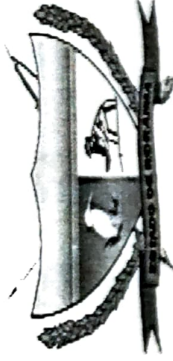












**ESTADO DE RORAIMA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**TERMO DE DOAÇÃO**

Pelo presente termo de doação, eu **Jefferson Silva Dias**, portador do **CPF 690.236.032-49**, sito à Rua Uaiaca, N° 170, Aparecida, doravante denominado **DOADOR**, e **Secretaria de Estado da Saúde (representada pelo Hospital Geral de Roraima)**, doravante denominado **DONATÁRIO**, estou doando de forma desimpedida e voluntária para quem possa interessar o material descrito abaixo de **ORTOSSINTESE**, para ser utilizado pela Equipe do Serviço de Bucomaxilo do Hospital, na cirurgia do paciente **PAULO ROBERTO GUEDES MARTINS**.

**Descrição do material doado:**

- 20 parafusos corticais AP 1.5x6mm – TI – Cross-Drive
- Sonda Endo. C/ Balão Norte Nasal 6,5mm Portex

O **DOADOR**, é proprietário e legítimo possuidor do bem doado

O **DOADOR** transfere ao **DONATÁRIO**, neste ato e a título gratuito, o material acima descrito para que este seja utilizado na cirurgia do paciente acima informado.

Boa Vista, 23 de agosto de 2018.

Jefferson Silva Dias  
**DOADOR**

Marcelene S. Moura  
Médica HGR  
Diretora Geral - 957

**DONATÁRIO**

**TESTEMUNHA:**

1. Sonia Mara Guedes Martins

Nome: Sonia Mara Guedes Martins

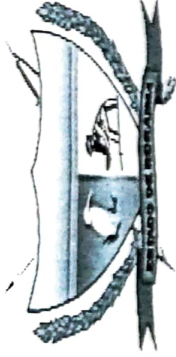
CPF: 521.835.482-15

**Obs.: Anexar à nota fiscal do material**



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, n.º 3308, Bairro Aeroporto  
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR  
Tel. Fax: (95)2121-0620





**ESTADO DE RORAIMA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**TERMO DE DOAÇÃO**

Pelo presente termo de doação, eu **Jefferson Silva Dias**, portador do CPF 690.236.032-49, sito à Rua Uaiaca, Nº 170, Aparecida, doravante denominado **DOADOR**, e **Secretaria de Estado da Saúde (representada pelo Hospital Geral de Roraima)**, doravante denominado **DONATÁRIO**, estou doando de forma desimpedida e voluntária para quem possa interessar o material descrito abaixo de **ORTOSSÍNTESE**, para ser utilizado pela Equipe do Serviço de Bucomaxilo do Hospital, na cirurgia do paciente **PAULO ROBERTO GUEDES MARTINS**.

**Descrição do material doado:**

- 20 parafusos corticais AP 1.5x6mm – TI – Cross-Drive
- Sonda Endo. C/ Balão Norte Nasal 6,5mm Portex

O **DOADOR**, é proprietário e legítimo possuidor do bem doado  
O **DOADOR** transfere ao **DONATÁRIO**, neste ato e a título gratuito, o material acima descrito para que este seja utilizado na cirurgia do paciente acima informado.

Boa Vista, 23 de agosto de 2018.

Jefferson Silva Dias  
**DOADOR**

Marcelene S. Moura  
Médica HGR  
Diretora Geral HGR  
CRM - 957

**DONADOR**

**DONATÁRIO**

**TESTEMUNHA:**

1. Sônia Mara Guedes Martins

Nome: Sônia Mara Guedes Martins

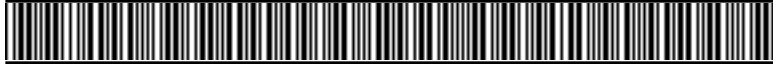
CPF: 521.835.482-15

**Obs.: Anexar à nota fiscal do material**



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, n.º 3308, Bairro Aeroporto  
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR  
Tel. Fax: (95) 2121-0620





|                                                             |  |             |  |        |
|-------------------------------------------------------------|--|-------------|--|--------|
| Chave de Acesso                                             |  | Número NF-e |  | Versão |
| 14-1808-04.548.553/0001-34-55-002-000.105.523-155.084.749-7 |  | 105523      |  | 4.00   |

### Dados da NF-e

|        |       |        |                           |                                  |                            |
|--------|-------|--------|---------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| Modelo | Série | Número | Data de Emissão           | Data/Hora de Saída ou da Entrada | Valor Total da Nota Fiscal |
| 55     | 2     | 105523 | 22/08/2018 17:17:32-04:00 | 22/08/2018 17:17:32-04:00        | 2.534,00                   |

### Emitente

|                    |                                 |                    |    |
|--------------------|---------------------------------|--------------------|----|
| CNPJ               | Nome / Razão Social             | Inscrição Estadual | UF |
| 04.548.553/0001-34 | PROSSERV COMERCIO SERVICOS LTDA | 240100246          | RR |

### Destinatário

|                      |                      |                       |    |
|----------------------|----------------------|-----------------------|----|
| CPF                  | Nome / Razão Social  | Inscrição Estadual    | UF |
| 690.236.032-49       | JEFFERSON SILVA DIAS |                       | RR |
| Destino da operação  | Consumidor final     | Presença do Comprador |    |
| 1 - Operação Interna | 1 - Consumidor final | 0 - Não se aplica     |    |

### Emissão

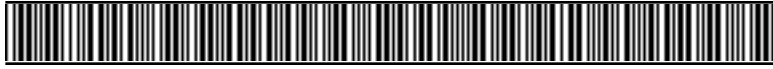
|                                    |                    |                    |                             |
|------------------------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|
| Processo                           | Versão do Processo | Tipo de Emissão    | Finalidade                  |
| 0 - com aplicativo do Contribuinte | 4.4.08.14          | 1 - Normal         | 1 - Normal                  |
| Natureza da Operação               | Tipo da Operação   | Forma de Pagamento | Digest Value da NF-e        |
| VENDA DE MERCADORIA                | 1 - Saída          |                    | gYInr10xtvznDJv8pyoD2RPYGM= |

### Situação Atual: AUTORIZADA (Ambiente de autorização: produção)

|                    |                  |                              |                        |
|--------------------|------------------|------------------------------|------------------------|
| Eventos da NF-e    | Protocolo        | Data Autorização             | Data Inclusão AN       |
| Autorização de Uso | 3141800005942679 | 22/08/2018 às 17:23:09-04:00 | 22/08/2018 às 18:53:10 |







|                                                                                                                |                                                                |                                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|--|
| RECEBEREMOS DE PROSSERV COMERCIO SERVICOS LTDA OS PRODUTOS/SERVICOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO |                                                                | NF-e<br>Nº 000.105.523<br>SÉRIE: 2 |  |
| DATA DE RECEBIMENTO                                                                                            | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR (JEFFERSON SILVA DIAS) | PEDIDO:<br>184465                  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROSSERV COMERCIO SERVICOS LTDA</b><br><br>AVENIDA MAJOR WILLIAMS, 1027<br>Bairro: CENTRO<br>BOA VISTA - RR - 69301-110<br>Fone: (95)3623-8978 Fax: (95)3623-8978<br>prosserv@prosserv.com.br<br>Aut. Espec.: 1.14.508-8<br>Aut. Punc.: 8.02.960-5 Lic. Punc.: 05244/2015 |                                      | <b>DANFE</b><br>DOCUMENTO<br>AUXILIAR DA NOTA<br>FISCAL ELETRÔNICA<br>0-ENTRADA<br>1-SAÍDA<br>Nº 000.105.523<br>SÉRIE: 2<br>FOLHA: 1 / 1<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br><a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no site da Sefaz<br>Autorizadora.<br>PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO<br>314180005942679 - 22/08/2018 17:23:09 | <br>CHAVE DE ACESSO<br>1418 0804 5485 5300 0134 5500 2000 1055 2315 5084 7497 |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>VENDA DE MERCADORIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. | CNPJ<br>04.548.553/0001-34                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                               |

|                                             |            |                                         |                                       |                                     |          |
|---------------------------------------------|------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE                      |            | CNPJ/CPF<br>690.236.032-49              |                                       | DATA DA EMISSÃO<br>22/08/2018 17:17 |          |
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>JEFFERSON SILVA DIAS |            | CÓDIGO<br>009746                        | DATA DA ENTRADA/S<br>22/08/2018 17:17 |                                     |          |
| ENDEREÇO<br>RUA UAICA, 170                  |            | BAIRRO/DISTRITO<br>NOSSA SENHORA APAREC | CEP<br>69.306-410                     |                                     |          |
| MUNICÍPIO<br>BOA VISTA                      |            | PONE/FAX<br>(95) 98126-2834             | UF<br>RR                              | HORA SAÍDA<br>17:17                 |          |
| FATURA                                      | FATURA 1   | FATURA 2                                | FATURA 3                              | FATURA 4                            | FATURA 5 |
| 105523-1/3                                  | 105523-1/3 | 105523-2/3                              | 105523-3/3                            |                                     |          |
| 21/09/2018                                  | 21/10/2018 | 20/11/2018                              |                                       |                                     |          |
| 844,58                                      | 844,58     | 844,84                                  |                                       |                                     |          |

|                          |  |                         |  |                            |  |                              |  |
|--------------------------|--|-------------------------|--|----------------------------|--|------------------------------|--|
| CÁLCULO DO IMPOSTO       |  | BASE DE CÁLCULO ICMS ST |  | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO |  | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS     |  |
| BASE DE CÁLCULO<br>83,55 |  | 14,20                   |  | 0,00                       |  | 3.168,                       |  |
| VALOR DO FRETE<br>0,00   |  | VALOR DO SEGURO<br>0,00 |  | DESCONTO<br>634,05         |  | VALOR TOTAL DO IPT<br>0,00   |  |
|                          |  |                         |  |                            |  | VALOR TOTAL DA NOTA<br>2.534 |  |

|                                     |  |                                 |  |             |  |                  |  |              |  |             |  |
|-------------------------------------|--|---------------------------------|--|-------------|--|------------------|--|--------------|--|-------------|--|
| TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS |  | FRETE POR CONTA<br>1 - Dest/Rem |  | CÓDIGO ANTT |  | PLACA DO VEÍCULO |  | UF<br>RR     |  | CNPJ/CPF    |  |
| NOME/RAZÃO SOCIAL<br>BALCAO         |  | MUNICÍPIO<br>BOA VISTA          |  | NÚMERO      |  | PESO BRUTO       |  | PESO LÍQUIDO |  |             |  |
| ENDEREÇO                            |  | MARCA                           |  | ESPECIE     |  | QUANT.           |  | VALOR UNIT.  |  | VALOR DISC. |  |

|                             |                                                                                    |      |  |        |  |      |  |      |  |    |  |             |  |             |  |         |  |            |  |          |  |          |  |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------|--|--------|--|------|--|------|--|----|--|-------------|--|-------------|--|---------|--|------------|--|----------|--|----------|--|
| DADOS DOS PRODUTOS/SERVICOS |                                                                                    | PMIC |  | NCM/SH |  | CST. |  | CFOP |  | UN |  | VALOR UNIT. |  | VALOR DISC. |  | BC ICMS |  | VALOR ICMS |  | VALOR ST |  | ALI ICMS |  |
| CODIGO PRODUTO              | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVICOS                                                    |      |  |        |  |      |  |      |  |    |  |             |  |             |  |         |  |            |  |          |  |          |  |
| 022634                      | PABAF COOT. AP 1,5X6MM TI CROSS - TRAUMEC                                          |      |  |        |  |      |  |      |  |    |  |             |  |             |  |         |  |            |  |          |  |          |  |
| 027607                      | SONDA END. C/BALAO NORTE NASAL 6,5MM. - PORTEX L.T. 2890927 Val: 28/01/2020 Qtd: 1 |      |  |        |  |      |  |      |  |    |  |             |  |             |  |         |  |            |  |          |  |          |  |



DADOS ADICIONAIS





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **842.856.212-15** Nome completo da vítima: **PAULO ROBERTO GUEDES MARTINS**

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

Nome completo: **PAULO ROBERTO GUEDES MARTINS** CPF: **842.856.212-15**  
Profissão: **DESEMPREGADO** Endereço: **Rua Uaica** Número: **170** Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: **Aparecida** Cidade: **Boa Vista** Estado: **RR** CEP: **69.308-375**  
E-mail: **soniamaram@hotmail.com** Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

**RENDA MENSAL:**  
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **5780** **0** CONTA: **51483** **7**  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (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.

### 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

#### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Local e Data, **Boa Vista - RR, 24 de abril de 2019**

Nome: **PAULO ROBERTO GUEDES MARTINS**

CPF: **842.856.212-15**

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020 1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu LUCIA ANDRÉA FERREIRA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 446.775.372 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

PAULO ROBERTO GUEDES MARTINS inscrito (a) no CPF sob o Nº 842.856.212 / 15

do sinistro de DPVAT cobertura DAMS da Vítima PAULO ROBERTO GUEDES MARTINS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 842.856.212 / 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

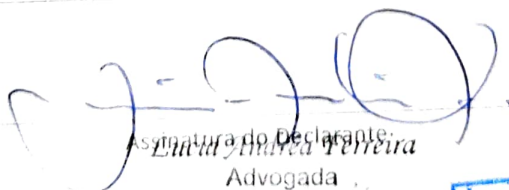
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

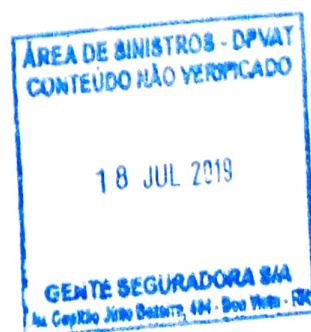
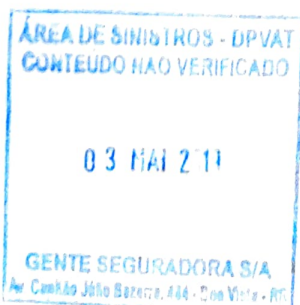
☒ Recuso informar

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

|                                       |                      |                               |
|---------------------------------------|----------------------|-------------------------------|
| Endereço:<br>Avenida Jaime Brasil     | Número:<br>124       | Complemento:<br>B             |
| Bairro:<br>Centro                     | Cidade:<br>Boa Vista | Estado:<br>RR                 |
| E-mail:<br>lucia.fadvocacia@gmail.com |                      | CEP:<br>69.301-350            |
|                                       |                      | Tel.(DDD):<br>(95) 98111-0004 |

Local e Data: Boa Vista - RR, 17 de abril de 2019

  
Assinatura do Declarante:  
Lucia Andréa Ferreira  
Advogada  
OAB/RR Nº 1039





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, 14 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190305632**

**Vítima: PAULO ROBERTO GUEDES MARTINS**

**Data do Acidente: 12/08/2018**

**Cobertura: DAMS**

**Procurador: LUCIA ANDREA FERREIRA**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), PAULO ROBERTO GUEDES MARTINS**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01813/01814 - carta\_16 - DAMS



Carta nº 15360202

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSP5 95JMJ G4ZVJ JEN3D





**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                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |               |              |              |                |

