

**Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima**
[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

**Operação realizada com sucesso. Protocolo:**  
**2980475920210216154557**

**Processo 0802422-34.2021.8.23.0010** - (13 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)												
<b>Realces</b>																	
<b>Realçar Movimentos de:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória																	
<b>Filtros</b>																	
<b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>																	
11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11																	
500 por pág.  1																	
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por														
11	16/02/2021 15:45:57	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b> Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">11.1 Arquivo: Petição</td><td style="width: 40%;">Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="width: 40%; text-align: right;"> 2784781CONTESTACAO01.pdf</td><td style="width: 10%; text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>11.2 Arquivo: DOCS</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: right;"> 2784781CONTESTACAOAnexo02.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> <tr> <td>11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</td><td style="text-align: right;"> KIT SEGURADORA LDER.pdf</td><td style="text-align: right;">Público</td></tr> </table>						11.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2784781CONTESTACAO01.pdf	Público	11.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2784781CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público	11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
11.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2784781CONTESTACAO01.pdf	Público														
11.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2784781CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público														
11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público														
<b>LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA</b> 10 15/02/2021 09:33:16 Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 18/02/2021 referente ao evento de expedição seq. 8. <b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> 9 12/02/2021 17:13:13 (Pelo advogado/curador/defensor de SERGIO DOS SANTOS SILVA) em 12/02/2021 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (03/02/2021) e ao evento de expedição seq. 7.																	
<b>EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE</b> 8 12/02/2021 15:22:12 Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis <b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> 7 04/02/2021 19:55:22 Para advogados/curador/defensor de SERGIO DOS SANTOS SILVA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (03/02/2021)																	
<b>CONCEDIDO O PEDIDO</b> 6 03/02/2021 15:03:36 <b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b> 5 02/02/2021 17:21:12 <b>RECEBIDOS OS AUTOS</b> 4 02/02/2021 17:21:12 <b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> 3 02/02/2021 17:21:11 Registro de Distribuição <b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 2 02/02/2021 17:21:11 1ª Vara Cível 1 02/02/2021 17:21:11 <b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>																	



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

Processo n.º 08024223420218230010

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

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

### **CONTESTAÇÃO**

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

#### **BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **18/01/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **13/02/2020**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

## PRELIMINARMENTE

### DA TEMPESTIVIDADE

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

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

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

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

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

## DO MÉRITO

### DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

#### DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

Verifica-se que o boletim de ocorrência informa que o autor foi atropelado, contudo a documentação médica do SAMU apresentada aponta bicicleta x automóvel e o boletim de atendimento médico informa acidente moto x automóvel.

---

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

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

SAMU:

ACIDENTE DE TRÂNSITO				
VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO		OUTRA PARTE ENVOLVIDA	
<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Bicicleta
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Animal
<input type="checkbox"/> Passageiro	<input type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Outro
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input checked="" type="checkbox"/> Bicicleta		<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	

#### BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO:

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_ h)  
Pct Veleiro acident. moto + garro (S=)

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a veracidade dos fatos narrados e autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, bem como que seja encaminhado ofício ao SAMU da região, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

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

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

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

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

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

#### DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontrovertido na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

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

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 18/01/2020. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

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

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESSENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

### **DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA**

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

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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios<sup>6</sup>, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

---

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

<sup>6</sup> **“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em

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

### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>7</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>8</sup>.

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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

### **CONCLUSÃO**

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

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

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

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

---

*ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º,VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor." (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).*

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

<sup>8</sup> art.

1º

(...)

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

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

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

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 12 de fevereiro de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RR 451-A**

**SIVIRINO PAULI**  
**101-B - OAB/RR**

## QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

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

**TABELA DE GRAADAÇÃO**

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

**SUBSTABELECIMENTO**

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **SERGIO DOS SANTOS SILVA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08024223420218230010.

Rio de Janeiro, 12 de fevereiro de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: SERGIO DOS SANTOS SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000030159-6

---

Autenticação:

7F897030DD40D67AD958669257AB5290A4924981290E89FDE93FF01B4DBEF9EA

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

451.874.791-72 Sérgio dos Santos Silveira

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

5 - Nome completo: Sérgio dos Santos Silveira	6 - CPF: 451.874.791-72		
7 - Profissão: Servidor Público	8 - Endereço: Rua 08	9 - Número: 174	10 - Complemento:
11 - Bairro: Jardim Tropical	12 - Cidade: Belo Horizonte	13 - Estado: RR	14 - CEP: 69.314-615
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): 99113-3855	

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: Itaú
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>
(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.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não	Falecidos:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	Falecidos:	<input type="checkbox"/> Não

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

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1 <sup>a</sup>   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2 <sup>a</sup>   Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Belo Horizonte, MG 18 de junho de 2020*

X *Sérgio dos Santos Silveira* *William Gonçalves*  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

*Certifico e dou fé, que a presente fotocópia  
é a reprodução fiel do Original.  
Boa Vista, 30 de Junho de 2020  
Assinatura de...  
Nº: 00006602/2020*

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00006602/2020

### DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/02/2020 10:02:58 Data/Hora Fim: 13/02/2020 10:02:58

Origem: Polícia Judiciária Data: 13/02/2020

Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 18/01/2020 16:00 (Hora Aproximada)

#### Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Centro

Logradouro: Glaycon de Paiva

Ponto de Referência: Próximo ao Quartel da Polícia Militar e à antiga CARRORAIMA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 DA LEI 9.503/1997 - CTB )	Veículo

### ENVOLVIDO(S)

**Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO )**

Nacionalidade: Brasileira

#### Endereço

Município: Boa Vista - RR

**Nome Civil: SÉRGIO DOS SANTOS SILVA (VÍTIMA , ENVOLVIDO )**

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 31/08/1970 Idade 49

Profissão: Autônomo

Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: Divorciado(a)

Nome da Mãe: Anita dos Santos Silva

Nome do Pai: Eros Barbosa Silva

#### Documento(s)

RG: 86646

CPF: 451.874.791-72

#### Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: 08

Nº: 174

Complemento: Casa

Bairro: Jardim Tropical

**Nome Civil: ANITA MENDES DOS SANTOS (COMUNICANTE , PROCURADOR )**

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 14/06/1950 Idade 70

Profissão: Do Lar

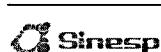
Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: Divorciado(a)

Nome da Mãe: Abelita da Silva Rosa

Nome do Pai: Aurino Pereira dos Santos Rosa

#### Documento(s)



Impresso por: Jeane Brito Dos Santos

Data de Impressão: 30/06/2020 14:23:28

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Fls: 2

Visto:



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

AU/ELIVIA/AU  
Certifico e dou fé, que a presente fotocópia  
é a reprodução fiel do Original.  
Boa Vista, 20 de Junho de 2020  
Assinatura de...  
A. Natura

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00006602/2020

RG: 196530

CPF: 181.193.871-04

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua 08

Nº: 174

Complemento: Casa

Bairro: Jardim Tropical

Telefone: (95) 98114-1995 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

CPF/CNPJ do Proprietário 04.819.323/0004-05

Placa NAQ-6455

Renavam 01152146634

Número do Motor CSE301339

Número do Chassi 9BWAG45U6JT152311

Ano/Modelo Fabricação 2018/2018

Cor BRANCA

UF Veículo RR

Município Veículo Boa Vista/RR

Marca/Modelo VW/NOVO GOL TL MCV

Modelo VW/NOVO GOL TL MCV

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Depositário, Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante Senhora ANITA que é Procuradora do seu filho e vítima o Senhor SÉRGIO (CÓPIA ANEXA), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando SÉRGIO estava trafegando a pé em cima da calçada, empurrou o seu carrinho de suco, Que o veículo devidamente descrito acima, subiu na calçada e colidiu em SÉRGIO, lhe causando lesões corporais e danificou-o o seu carrinho de suco. Que o condutor do veículo ocasionador tentou fugir, mas foi impedido por populares. Que ainda no local o condutor do veículo ocasionador pediu para que à polícia não fosse acionada, pois arcaria com os prejuízos, permanecendo no local até o resgate de SÉRGIO pelo SAMU. Que o motorista ocasionador forneceu números de telefone para contato, sendo que nenhuma existe, ou seja, sumiu/desapareceu. Que a comunicante tem vídeos do momento do resgate de SÉRGIO na qual aparece imagens do motorista ocasionador. Que à Senhora ROSANGELA CARVALHO DA SILVA, CPF 320.418.292-49, End.: Rua Edmundo Sales, Nº 929, Bairro: Buritis, Tel. 99111-6461, testemunhou o fato. Que o motorista do veículo ocasionador aparentava estado de embriaguez, segundo testemunhas. QUE DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo

Agente de Polícia

Matrícula 42000908

Responsável pelo Atendimento

Sérgio dos Santos Silva

Vítima, Envolvido

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

**RORAIMA ENERGIA**

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

IE: 240070223

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 4853965

**ELIETE ARAUJO DA SILVA**

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>19-FEB-20 a 23-MAR-20</b>
CONSUMO (kWh) <b>675</b>	VENCIMENTO <b>06-APR-20</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>

**OBSERVAÇÕES**

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

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

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



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, 10 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200243257**      **Vítima: SERGIO DOS SANTOS SILVA**

**Data do Acidente: 18/01/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SERGIO DOS SANTOS SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.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, 19 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200243257** Vítima: SERGIO DOS SANTOS SILVA

**Data do Acidente: 18/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

## **Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SERGIO DOS SANTOS SILVA**

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

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar:  $17.50\% \times 13.500,00 =$  R\$ 2.362,50

Recebedor: SERGIO DOS SANTOS SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000008526

Conta: 0000030159-6

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



0114139-2

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Programa Especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

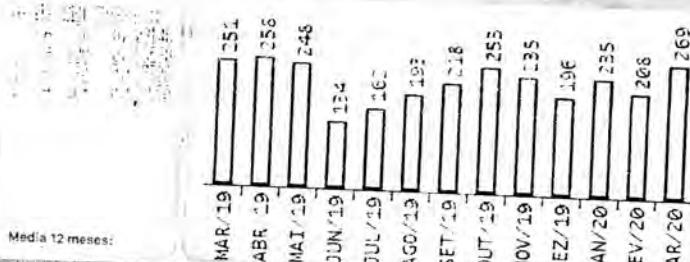
Nº da Nota Fiscal: 4842897

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. PLANO

MARCO/2020 06/04/2020 269 183,36  
ANITA MELIEN DOS SANTOS CPF: 00018119387104  
R. 63 174 JARDIM TROPICAL  
CEP: 69.114-615 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (kWh)		DADOS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	1530	Atual:	20 02 203	Grupo/Subgrupo:	1.6.1.2
Anterior:	1472	Anterior:	17 02 203	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	47	Próxima leitura:	20 04 203	Ligações:	61P-610
Constante de Multiplicação:	1.003	Emissão:	17 03 203	Número Medidor:	MEB00369
Consumo médio:	23	Apresentação:	20 03 203	Forma de Faturamento:	2001
Consumo Faturado:	23			Modalidade:	H 1516444

COBRANÇA	20 A R\$ 0,258788 =	7,76
JUROS DE MORA P/ ATRASO DE 1 MÊS/20.00	70 A R\$ 0,443643 =	31,05
MULTA P/ ATRASO DE 1 MÊS/20.00	120 A R\$ 0,665471 =	79,85
JUROS DE MORA P/ ATRASO DE 1 MÊS/20.00	49 A R\$ 0,739405 =	36,23
50,74		
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA		
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 0,7/26-00		
MULTA P/ ATRASO DE 1 MÊS/20.00		0,06
JUROS DE MORA P/ ATRASO DE 1 MÊS/20.00		0,75
MULTA P/ ATRASO DE 1 MÊS/20.00		0,03
JUROS DE MORA DE IMPÓ 0,7/20.00		2,22
DEMORA PÚBLICA		0,14
		25,27



Media 12 meses:



Linha 0800-05100-5 para ligação direta para o atendimento ao cliente. Até 11/16/2020, não constataram faltas nas versões de fatura e cobrança.

RESERVADO AO FISCO 013A-2379-005-FBD9-1D1C-0FC6-F2AD-F839

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Energia:	80,17	Encargos: 4,74	Base de Cálculo:	17,09%	26,33
Transmissão:	37,02	Tributos: 23,76	ICMS:	0,35%	0,59
Transmissão:	6,00		PIS:	1,75%	3,05

## INDICADORES DE CONTINUIDADE

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Realizado	8,35	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
Conjunto DISTRITO	0,62		1,00			0,62		

Período de apuração: 01/2020 EUSD: 49,32

## PROCURAÇÃO

### **OUTORGANTE :**

NOME: Sérgio dos Santos Silveira  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
PROFISSÃO: Correio Gerais  
CPF: 451.871.791-72  
BAIRRO: Jardim Tropical  
CEP 69.319-615  
ESTADO CIVIL: Solteiro  
RG: 86698  
ENDERECO: Rua 08 173  
CIDADE: Bonito

VÍTIMA: Sérgio dos Santos Silveira  
CPF: 451.871.791-72  
NATUREZA: ( ) DAMS ( ) INVALIDEZ ( ) MORTE  
DATA DO ACIDENTE:

### **OUTORGADA :**

NOME: William Gonçalves Franco  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: Casado  
PROFISSÃO: Autônomo  
Nº DO RG: 2397174  
DATA DE EMISSÃO: 13-10-16  
Nº CPF: 825.396-343.20  
ENDERECO: Rue CC 11 294 Lauro Moreira  
ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR

### **PODERES:**

Para requerer o seguro DPVAT por invalides, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Brasília, RR, 18 de Maio de 2020  
Sérgio dos Santos Silveira  
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO

13/10/2016

REGISTRO GERAL

239717

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

SANTA INÉS - MA

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

CAP

825.396.343-20 AMADEU ROCHA TRIANI

Porto Pequeno e São Pedro do Rio Brilhante

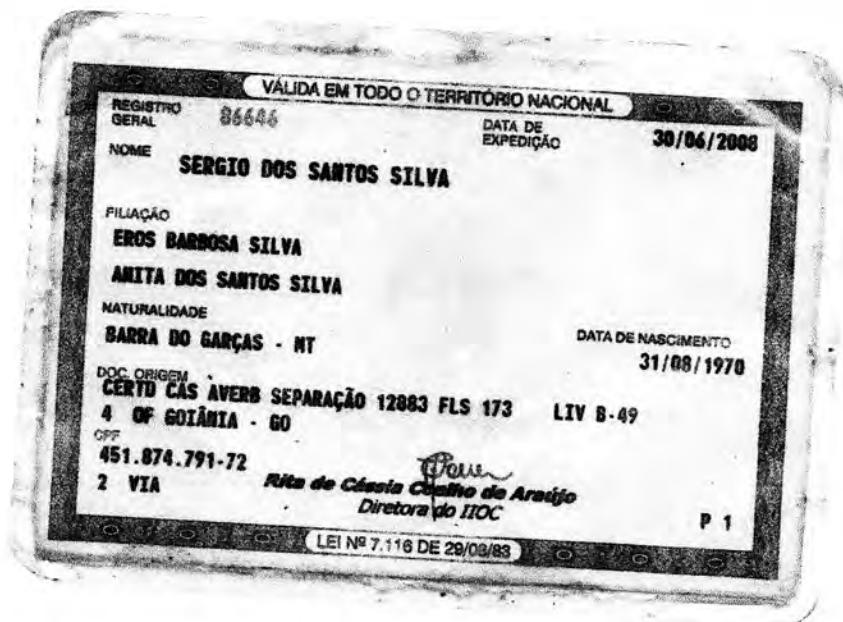
2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

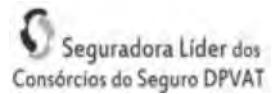
DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

P 1



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190473/20

**Vítima:** SERGIO DOS SANTOS SILVA

**CPF:** 451.874.791-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/01/2020

**Titular do CPF:** SERGIO DOS SANTOS SILVA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

### SERGIO DOS SANTOS SILVA : 451.874.791-72

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/07/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



## 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<sup>1</sup> 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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Sergio dos Santos Silveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 451.874.791-72,  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da Vítima Sergio dos Santos Silveira,  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 451.874.791-72, 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 no art. 299 do Código Penal.

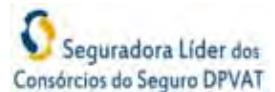
Endereço:	<u>Rua CC 11</u>	Número:	<u>294</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Loura Moreira</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>	CEP:	<u>69.318-050</u>	
E-mail:	<u>WFranco9926@gmail.com</u>						Tel.(DDD):	<u>99113-3856</u>

Local e Data: Boa Vista RR 18 de junho de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190473/20

**Vítima:** SERGIO DOS SANTOS SILVA

**CPF:** 451.874.791-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/01/2020

SERGIO DOS SANTOS  
SILVA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

### SERGIO DOS SANTOS SILVA : 451.874.791-72

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/07/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200243257      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SERGIO DOS SANTOS SILVA      **Data do acidente:** 18/01/2020      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 10/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 26,41

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** 42

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



Osteopatia

Dr. More

Pente sobre ultima de occidit  
com morte com queimadas de dor  
em caso E.

No Rio Apresento fratura em  
femur E em espatol distal

D2 Protezoo plástico progra-  
mosso Cirurgico.

Dr. Augusto Cavalcante  
Medico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 1964.



EQUIPE SAMU/BV

UNIDADE

BRAVO II

EQUIPE:

Ana Paula / Chaves



Paciente:	Sergio dos Santos Silveira	Idade:	69 anos	Sexo:	M
Nacionalidade:	Branco	Raça:	Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia		
Endereço:	Av. Glacycon de Souza	Bairro:	Centro		
Nº 1018	DATA 18/01/2020	HORA J/9:	15:32	BASE ( ) VIA ( )	RÁDIO ( ) CELULAR
Médico (a) Regulador (a):	D. Gleison	HORA J/10:	15:39		
Atividade:	Treinamento	Prox. av CPC			
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X) 1 a 3 horas ( ) 4 a 24 horas ( ) Mais de 24 horas ( ) Não sabe ( )					

## TIPO DE Ocorrência

- Acidente de trânsito       Urgência psiquiátrica       Queimadura       Urgência obstétrica  
 Agressão física / esfacelamento       Tentativa de suicídio       Choque elétrico       Transferência  
 Agressão física - FAF       Envenenamento       Queda       Exame complementar  
 Agressão física - FAB       Afogamento       Urgência clínica       Outros

## ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	MENS DE SEGURANÇA
[ ] Pedestre	[ ] A pé	[ ] Ônibus	[ ] Capacete
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	[ ] Automóvel	[ ] Micro-ônibus	[ ] Cinto de segurança
[ ] Passageiro	[ ] Motocicleta	[ ] Outro	[ ] Airbag
[ ] Ignorado	[ ] Bicicleta	[ ] Ônibus	[ ] Assento para criança

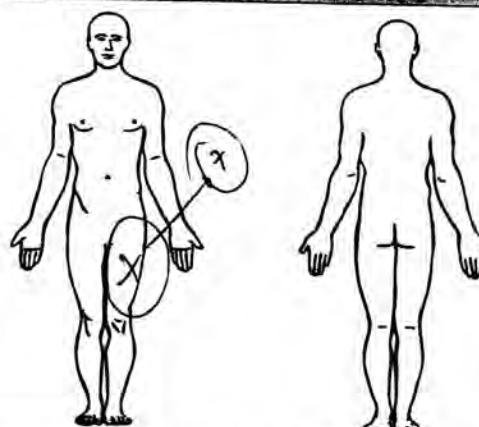
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL NEUROLOGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	[ ] Eupneica	[ ] Normocárdico	[ ] Miase
[ ] Obstrução Parcial	[ ] Apneia	[ ] Bradicárdico	[ ] Midriase
[ ] Obstrução Total	[ ] Dispneia	[ ] Enchimento capilar acima de 2"	[ ] Anisocoria [ ] D [ ] E
[ ] Corpo estranho	[ ] Bradipneia	[ ] P脉so radial ausente	[ ] Aparentemente Alcoolizado
[ ] Outro: _____	[ ] Taquipneia	[ ] Pulso central ausente	[ ] Agitação psicomotora
		[ ] Cianose central [ ] Extremidade	

## SINAIS VITais E ESPECIAIS

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Inicio 15:54	100 x 70	101	/	97%	/	/	/	/
Fim 16:10	100 x 60	100	/	97%	/	/	/	15

## AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA	RESPONSEMENto	RESPOSTA MOTORIA
1 - Dor			
2 - Hematoma			
3 - Contusão			
4 - Escoação			
5 - Laceração			
6 - Luxação			
7 - Fratura fechada			
8 - Fratura exposta			
9 - Amputação			
10 - Evisceração			
11 - Afundamento de crânio			
12 - Ferimento penetrante			
13 - Tórax instável			
14 - Enfisema subcutâneo			
15 - Ferida aspirativa			
16 - Empalamento			
17 - Outros			



AVALIAÇÃO CARDÍACA	ALTERAÇÃO DA CONSISTÊNCIA	ALTERAÇÃO DA CONEXÃO
[ ] Ritmo Sinusal	[ ] Neurológica	[ ] Diabetes
[ ] Taquicardia Sinusal	[ ] Respiratória	[ ] Cardiopatia
[ ] Flutter Atrial	[ ] Cardiovascular	[ ] HAS
[ ] Fibrilação atrial	[ ] Digestiva	[ ] Medicinação de uso
GRAVIDADE COMPROVADA	[ ] Ileso	[ ] Severa
	[ ] Pequena	[ ] Média
		[ ] Severa
		[ ] óbito

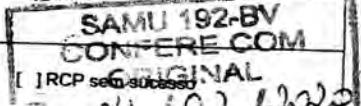
Dr. Fernando André Martins Ferreira  
Cirurgião Oncológico de  
Cabeça e Pescoço  
CRM-RR: 1643

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Desconto)

- [ ] Cancelamento  
 Recusa de Atendimento / [ ] Hospitalização  
 Não se encontrava no local  
 Trote

MEIOS ADICIONADOS

- [ ] Polícia Militar  
 Guarda Municipal  
 SMTRAN  
 PRF



[ ] Iniciada às: \_\_\_\_\_ [ ] Terminou às: \_\_\_\_\_

[ ] RCP com sucesso

[ ] RCP sem sucesso

PERTEN DO PAGIEN	Nome do Receptor: Função do Receptor: Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade: ☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para a unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade: Assinatura do Paciente: _____ RG: _____ TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____ TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

- 06 pares de luvas pvc. P - 01 jato 18  
- 06 pares de luvas pvc. G - 01 equipamento  
- 02 molas comuns descartáveis - Empurra-chaves  
- 03 extensómetros de 20cm - Segunda  
- 01 extensómetro de 08cm - RL 500 ml

**OBSEVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS**

- Sobremaneira foi observada a natureza fragmentada (estrutura de solo / Biodiversidade Ambiente)
- As chequinas (enxertos) em solo, em socalcos de 10,00 m, Lote, que não apresentam crescimento das plantas da Biodiversidade Ambiente.
- Mithima encontrava-se em DDT, apresentando fragmentos de chama de Fimosa (E), foi crepitigando imobilizado, jato de solo de terra, o período SSVV.
- Realizadas AVP, mithima com enxerto local de Fimosa, com ferme (cuzubebes) 192.

C. lemnivora Cooper  
Tic. Egg from moorish  
loren 5/9 - 768



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE

Sergio dos Santos Schiozzi, 49 ANOS,  
COM ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 15/13/2010, COM  
DIAGNÓSTICO DE fratura do fêmur distal esquerdo

NO DIA 13/2/10, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
bloco osteotomia do fêmur distal E SENDO  
OPERAÇÃO PELO DR. Vitor Mendes E DR. Bruno Figueiredo.  
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 20/2/2010, AS 10 horas, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 3/13/2010, AS 7 horas, COM O  
DR. Vitor Mendes

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR

20/2/2010

ELMA VISTA, 111

MÉDICO



**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
ÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PREScrição MÉDICA**



## **PREScrição MÉDICA**

**DATA DE ADMISSÃO**

DIH

DN

PACIENTE: <

#### **DIAGNÓSTICO**

**ALERGIAS:**

**ALERGIAS:**

IDADE:

PACIENTE:	Augusto dos Santos Silveira			
DIAGNÓSTICO:	Infarto agudo de miocárdio			
ALERGIAS:	nenhuma	HAS	DM2	
IDADE:	69	LEITO	DATA 13/01/20	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			S.N.D.
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			manhã
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			S.N.
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H S/N			18-21:00
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA			S.N.
6	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5			
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			06
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			S.N.
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN			
10	Tiladele 20mg EV ore 12/12h 18:00			
11				
12	Clavulano 400mg SC 1X010 20:			
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MM Hg			12. Augusto Caubilante Interno de Reabilitação Centro Hospitalar do Algarve
20	SSVV + CCGG 6/6 H			

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

EVOLUÇÃO MEDICA:

**EVALUAÇÃO MÉDICA:**  
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, ÁFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSQUELETICA, SEM  
QUEIXAS ALGÍCAS

**SOLICITADO :**

**# CONDUTA:**

## # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

#### # PREVISÃO DE ALTA

SINAIS VITAIS				
6 H	110x P <sup>50</sup>	gfcS	FR	35° S
12 H	*			
18 H				
24 H	120x P <sup>60</sup>	g6		36° S

MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Node Pacante for admittids -  
2 hr - Ad. m. Cm + Sng

Maria Morelle L. Kell  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN/RR Nro. 104



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HGR



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

18/01/20.

DN

PACIENTE SERGIO DOS SANTOS SILVA

AGNÓSTICO FX FEMUR E

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

101-1

DATA

19/01/2020

ITEM

PREScrição

HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	SNO
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	16
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06:
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN	SN
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	ROR MA
18	CURATIVO DIÁRIO	ROR MA
19		
20		
21		

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

## EVOLUÇÃO MEDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Marcos Aguiar  
 CRM-RR 1995

## SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	T
12 H	92x69	89	-	36,5
18 H	100x70	86	20	36,5
24 H	105/63	82		36,2

DR. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
 MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 CRM -RR 2028

06:00hs PA = 902/63  
 FC = 29  
 T = 36,5

medicação e SSVO  
 li. p. m.

Marizelina Sampaio Ferreira  
 COREN-RR 754419 TE.



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	18/01/20.	DN
PACIENTE	SERGIO DOS SANTOS SILVA			
AGNÓSTICO	FX FEMUR E			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	101-1	DATA
ITEM		PREScrição		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			JUN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			MANTEN
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN			S/N
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN			S/N
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA			X
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA			X
7	NALBÚFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			S/N
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			X
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			S/N
10	SIMÉTICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN			S/N
16	CAPTOPRIL 25.mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			S/N
17	SSVV + CCGG 6/6 H			Rotina
18	CURATIVO DIÁRIO			16/01/20
19				
20				
21				

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

EVOLUÇÃO MEDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, ÁFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

Antonia Rodrigues  
Técnico em Enfermagem  
COREN-RR 784.228 TE  
07/01/2020

SINAIS VITAIS				DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM -RR 2028
6 H	PA	FC	FR	
12 H	121/60	72	-	36°C
18 H	108/60	91	-	36°C
24 H	130/60	84		36°C

06/01/2020 08:00 36°C

26/01 Admin metronidazole  
prednisolone 40mg  
infusão SSV  
drenos gerais

Sergio dos Santos  
Téc. Enf.  
04/01/2020



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



PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	18/01/20.	DN
ACIENTE	SERGIO DOS SANTOS SILVA			
AGNÓSTICO	FX FEMUR E			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	101-1	DATA
ÍTEM	PREScriÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN			SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN			
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA			
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ÍTEM 4			
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG-EV 8/8H S/N			
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN			SN
16	CAPTOPRIL 25 mg VO, SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
17	SSVV + CCGG 6/6 H			Ritíma Curativo
18	CURATIVO DIÁRIO			
19				
20				
21				

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

Evolução médica:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

06h 107x63 89

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	110/60	82	36.5	
18 H	130x80	94	35.2	
24 H	117x63	90	36.9	

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-BR 2028

12h: Afinal da SSVV, sem  
mudanças durante o  
plantão.  
Jacqueline Oliveira de Aguiar  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 54997-TE

18:00 pt no leito, agudo os SSVV  
segue aos cuidados da Enf  
Gisele

Plantão das 19:00h às 7:00h Paciente  
no leito. Adm. m.cpm. Aferido SSIV

Terezinha de Jesus P. da Silv  
DREN-RR 427910 - AE



## HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SÉCRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

101-1

DATA DE ADMISSÃO:		DIH	18/01/20.	DN
PACIENTE	<b>SERGIO DOS SANTOS SILVA</b>			
AGNÓSTICO	FX FEMUR E			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	<u>101-1</u>	DATA 22/01/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN			SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN			
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA			36°
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			86°
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN			SN
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
17	SSVV + CCGG 6/6 H			Rotina
18	CURATIVO DIÁRIO			Rotina Curativo
19				
20				
21				

## SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:

200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70  
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

## EVOLUÇÃO MEDICA:

# ENCONTRO PACIENTE. DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-RB-2028

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	Tempo
12 H	106x72	67		36°C
18 H	120x80	83		36.4°C
24 H	130x80	83		36.8°C

07-13h - Paciente acamado, higienizado,  
08-12h verificado SSVV, sem medica-  
ção. S/ o horário. Sem queixas, segue  
os cuidados da equipe. Tec. Enf. Kenary

VBS: A5, ob: co 20 dias/  
PA: 120x80 P: 92 T: 36,5

Convenio  
5248368

18:00 Pct no leito sem queixa  
afiado os SSVV e segue aos  
cuidados da Enf.  
Gisele

VIS: Asob: on dia 23/06/20, o paciente malfite médico  
e Pm lpm interconcreta e segue aos cuidados da Enf  
~~maggm jorione~~

— Souza Araújo —  
Assessor de Encaminhamento —  
CNPJ-RP 000 461 072



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

101-1

DATA DE ADMISSÃO		DIH	18/01/20.	DN
PACIENTE	SERGIO DOS SANTOS SILVA			
AGNÓSTICO	FX FEMUR E			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	101-1	DATA	23/01/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			8/8
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			MANTIDA
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN			
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN			16
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA			
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA			
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			26
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN			
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			16
17	SSVV + CCGG 6/6 H			10hs
18	CURATIVO DIÁRIO			CURRADO
19				
20				
21				

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

## EVOLUÇÃO MEDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
 # EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO :

# CONDUTA : MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

# PREVISÃO DE ALTA :

SINAIS VITAIS				DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-BR 2028
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140/77	80	—	
18 H				
24 H				

12h. P/endo SSW, nenhuma queixa da parte do paciente.

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



## HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNACÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

101-1

Eu Sergio dos Santos Silva

CPFº

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

Declaro que:

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

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

- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirme que recebi explicações, li, comprehendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 23 de Janeiro de 2020.

Assinatura do paciente:

Adriana Mendes dos Santos

Responsável:

1) Assinatura:

Nome

CPFº:

Grau de Parentesco:

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

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

Boa Vista, 23 de 01 de 2020. Hora: 10:00

Nome Completo:

Assinatura do Médico:

CRM 104, 01

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

Dr. André Dantas Marcella  
Médico  
CRM-RR 1904

101-1

# HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

## RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 22/01/20  
PACIENTE: Enygo dos Santos  
DIAGNOSTICO(S): \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_

DIH: \_\_\_\_\_

KANBAM: \_\_\_\_\_ Dieta: \_\_\_\_\_

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA 1/1/20): Hb: \_\_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_\_ Ur: \_\_\_\_\_ Cr: \_\_\_\_\_

Leuc: \_\_\_\_\_ Seg: \_\_\_\_\_ Plaquetas: \_\_\_\_\_

Na: \_\_\_\_\_ K: \_\_\_\_\_ Ca: \_\_\_\_\_ Cl: \_\_\_\_\_

HCO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ PH: \_\_\_\_\_ BE: \_\_\_\_\_ PO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

EAS: \_\_\_\_\_

CULTURAS (1/1/20): \_\_\_\_\_

IMAGEM \_\_\_\_\_

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA 1/1/20): Hb: \_\_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_\_ Ur: \_\_\_\_\_ Cr: \_\_\_\_\_

Leuc: \_\_\_\_\_ Seg: \_\_\_\_\_ Plaquetas: \_\_\_\_\_ Na: \_\_\_\_\_ K: \_\_\_\_\_ Ca: \_\_\_\_\_

Cl: \_\_\_\_\_ HCO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ PH: \_\_\_\_\_ BE: \_\_\_\_\_ PO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

EAS: \_\_\_\_\_

IMAGEM \_\_\_\_\_

ANTIBIOTICO USADO: \_\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA DE ANTIBIOTICO: \_\_\_\_\_

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS: \_\_\_\_\_

TERAPIA INSTITUIDA: \_\_\_\_\_

EVOLUCAO CLINICA:

*Paciente com ex feror agudos dce  
ex programada 11/18/02/20*

Bo. Vip. Pedro de Freitas Filho, Lu.  
Dr. Pedro de Freitas Filho, Lu.  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2028

de 20 20 Hora: \_\_\_\_\_

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

Assinatura/carimbo do Medico Assistente  
Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

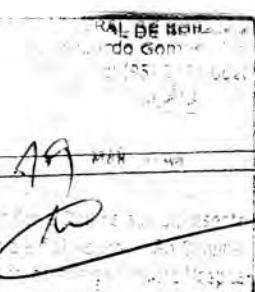
*Marcilia  
Medico  
CRM-RR 1004*

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

Assinatura/carimbo do Medico Regulador.



A  
Alte. 2010212020  
XI

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	BLOCO A			
LAMPO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR						
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE GERENCIANTE						2 - CNES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4 - CNES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE						5 - N° DO PRONTUÁRIO SUS: 704608143784527 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						6 - N° DO PRONTUÁRIO 178274 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 - NOME DO PACIENTE						7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 7014610811413818151217 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 - DATA DE NASCIMENTO						9 - SEXO masculino <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL						11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 91531111461313K <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12 - ENDERÉCOS (RUA, N°, BAIRRO)						13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Rua 8 N° 174 Jardim Tropical Bento Gonçalves 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS						18 - CONDIÇÕES DE JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO  
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES CLÍNICOS						20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO  
21 - CID 10 PRINCIPAL						22 - CID 10 SECUNDÁRIO  
23 - CID 10 ASSOCIADAS						
PROCEDIMENTO SOLICITADO						24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO						
26 - CLÍNICA						27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
28 - DOCUMENTO						29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF  
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE						31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 16/02/20  
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)						
33 - ACIDENTE DE TRABALHO						34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO  
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO						36 - CNPJ DA SEGURADORA  
37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA						38 - CNPJ EMPRESA  
39 - EMPREGADO						40 - EMPREGADOR  
41 - AUTÔNOMO						42 - DESPROVADO  
43 - APOSENTADO						44 - INAUSEGURADO  
45 - AUTORIZAÇÃO						46 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR						48 - CNPJ DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF  
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO						50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  

112-01

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	SERGIO DOS SANTOS SILVA				
GNÓSTICO	FX FEMUR DISTAL E				
ALERGIA	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	349	DATA	16/2/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DC				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMM				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIARIO sn				SN
12	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H				(14 22) 06
14	transferir ao HGR				
15					
16					
17	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
18					
19					
20					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

Paciente aguardando  
procedimento cirúrgico 18/02.  
Sem queixas no momento  
Transferir hoje ao HGR

DR MARCUS BRUNNER  
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES  
CRM 1918

S/NA/S	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	90/75	70		38,1	+ +
12 H	130X70	84	-	35,6	
18 H	120X70	82		36,2	
24 H	100/70	73		36 °C	

O  
06h: Paciente no leito, sem  
queixas. Verificada SSVV,  
segue aos cuidados de enfermagem.

Dra. *[Signature]*  
COREM-RR 576.988-12



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

HIGR

## **PREScrição MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN
PACIENTE	SERGIO DOS SANTOS SILVA			
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	<u>112-1</u>	DATA	17/02/2020
ITEM				HORÁRIO
1	DILTIAZAL LIVRE			10:00
2	AVP			12:00
3				
4				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN			
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN			
9	SIMITICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11				
12				
13	CURATIVO			
14	SSVV + CCGG 6/6H			
15				
16	<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ; 351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

## **EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

# EXAME FÍSICO : BFG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS,

BLOCO D'EMENTO CIRURGICO PROGRAMADO PARA DIA 18/2/201

Sol d'oro rosso. etc

SOURCE

ESTADO GERAL DE RORAIMA	
Av. BIRB. SÉRGIO GOMES, B/H	
Cidade de Boa Vista - Fone (65) 2111-0520	
<u>AUTENTICAÇÃO</u>	
<p><u>19 MAR. 1998</u></p> <p>Assunto: <u>Carteira de vacinação</u> da paciente <u>Edna Cinghal</u>  <u>do Hospital</u> que se encontra neste Hospital</p> <p><u>ANTE CRM-</u></p>	

SINAIS VITais				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR/1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	137 x 85	69	36°	
18 H	122 x 87	77	35,6 °C	
24 H	110 x 70	75		

Landa -> 5500  
ciudad de geran  
pita  
sin agua x mas

Utrechtse Melo de Souza  
COREN-RR 292.369 - TE

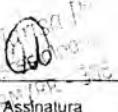
EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1 Paciente: Leito:	Versão:08 Sergio Leao Santos 152-1	Elaborada: 02/2013 Atualizada: 2/2020 Data: 12/02/2020
---	---------------------------------------	--	--

# PRÉ-ANESTÉSICO

DN 31.02.70

Nome: <u>Silveira dos Santos Silveira</u>		P. Enf: <u>112</u>	Lito: <u>01</u>	Serv: <u>União das Fazendas</u>																				
Sexo: <u>Masculino</u>	Cór. pd: <u>Claro</u>	Idade: <u>49</u> Anos	Peso: <u>94 Kg</u>	Alt: <u></u> Classe: <u></u> Data: <u>18/02/20</u> Hora: <u>13:00</u>																				
Diagn. Pre-OP: <u>Fratura de Femur distal esquerdo com deslizamento (17-21-20)</u>	Patol Assoc: <u>Neg</u> Comorbida: <u></u>																							
Cir. Proposta: <u>Osteosíntese do femur distal</u>																								
Anest. Ant: <u>SEM</u>	<u>analgésico prévio</u>																							
Alergia: <u>desconhece</u>																								
Alcool: <u>regularmente</u>	Fumo: <u>X</u>																							
DROGAS: <u>(Corticoide, fenotiazinico, hipotensor, narcótico, hipotico, digitálico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfato, caseopressor, IMAO, outros) n/pw de medicina insuficiente</u>																								
Estado Mental: <u>LETE</u>	Boca: <u>Nadampati 1</u>																							
Pescoco: <u>bca mobilidade em flexão</u>	Veias: <u>pequenas</u>																							
RX: <u>1 intensão</u>																								
Feses: <u></u>																								
Hepatograma: <u></u>																								
Outros: <u></u>																								
Parecer Clínico: <u>Estabilização da pressão cardiovascular. Goldman</u>																								
PA: <u></u>	P脉: <u></u>	Temperatura: <u></u>																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Medicação Pré - Ant.</th> <th>DOSE</th> <th>VIA</th> <th>HORA</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>					Medicação Pré - Ant.	DOSE	VIA	HORA																
Medicação Pré - Ant.	DOSE	VIA	HORA																					
Est. Fis (ASA): <u>5</u> AN. Proposta: <u>Próximamente</u> NB: <u></u>  <u>Assinatura</u>																								

## PÓS-ANESTÉSICOS

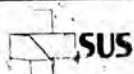
NA SALA DE RECUPERAÇÃO	NA ENFERMARIA
Data: <u>/ /</u>	Hora: <u></u>
<p><u>Ecocardiograma SAP 6.9"</u>  <u>RNI 0.57"</u>  <u>TTPA 43.8"</u>, Solutio via</p>	
<p><u>Intubado novo ecocardiograma e avaliação por anestesista</u>  <u>Conforme a necessidade de 3 unidades de CM</u>  <u>mais agudas transfusional</u></p>	
<p><u>Pancal foi inserido no estômago</u></p>	
<p><u>o ac procedimento anestésico a ser realizada</u></p>	
<p style="text-align: center;">Assinatura</p>	
<p style="text-align: center;">Assinatura</p>	

**HOSPITAL GERAL DE MARAJÁ**  
**Av. Brig. Eduardo Gómez, S/N**  
**Novo Rio Branco Tel: (63) 2131-0620**

**ATTESTADA**

19 MAR. 2000

Certifico que a presente  
 cópia é feita Reprodução Original  
 que foi apresentada neste Hospital



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

Hérgio dos Santos Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc

1

Fem

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

1

2

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Havente com fx ferme distal  
esquerdo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO cruf'co

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

Anamnese + Rx + Ex. Físico

fx ferme distal Q

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Ortopedia

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

() CNS    () CPF

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dr. Hérgio de Sá  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia

18/02/20

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

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO    ( ) EMPREGADOR

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS    () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 18/08/10 O.S. \_\_\_\_\_

Sergio dos Santos  
Silva

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

fx fratura tibial e

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

osteosynthese

TIPO DE INTERVENÇÃO:

—

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

—

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

o mesmo

CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_ 1º auxiliar: \_\_\_\_\_

2º auxiliar: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º auxiliar: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_ ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO CIRÚRGICO



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
— “Amazônia Patrimônio dos Brasileiros” —

## FICHA DE ANESTESIA

*Selvagem da Serra do Rio Brilhante*

**ANESTESIA**  
Dr. Weleder

CÓDIGO  
Helder Bernardino  
RQE 77 GRM RR 1712  
Anestesiologista

CIRURGIAO  
Dr. Dílio M

**PERDA SANGUINEA**

Hemorragia - Arritmia  
Bradí Taquicardia - Choque

- 8. Desempenho de negócios
- 9. Custo fixo e variável
- 10. PPA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	44a	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Sérgio dos Santos Silva		112-01	118274	18 / 02 / 2022
CIRURGIA				
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO			VALOR
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
Abordagem de fêmur (E)	14:29	16:05		
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO	Dr Helder			
1º AUXILIAR	R. Daniel			
2º AUXILIAR	Elisângela Raimundo			
TIPO DE ANESTESIA: Sedação + Raqui + BF	TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
1000	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO - 500ml
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
10	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
10	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 2-0
10	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2-0
10	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M/G)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
11	LÂMINA BISTURI Nº 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADONº
	DRENO DE TORAX Nº		1	FIO PROLENENº Escova p/ assepsia
	DRENO DE PENROSE Nº luvas de vinil (m)	+ 10g	1	FIO SEDA-Nº Agulha p/ suture Nº 26
1	SERINGA 01ML			SURGICEL Del condutor
1	SERINGA 03ML Yellow 18		1	CERA P/ OSSEº Masc. desc.
1	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº Juros des.
1	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Ataduras Crepe 30cm
1	SERINGA 20ML	+ 80ml	1	HITA CARDIACA PUPA Sórica
1	Eletrodos	+ 200ml		OUTROS: Alcool à 70%
1 Caneta de O <sub>2</sub> + 80ml Peroxidina 2%				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		VALOR
	Luciano	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		SOMA



**ESTADO DE RORAIMA**  
**"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"**

## CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS				
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade:	Procedimento Realizado:		
Nome do Paciente: <u>Sergio dos Santos Silva</u>	IDADE: <u>49 a</u>	SEXO: F ( ) M (X)	Nº do Prontuário <u>178274</u>	Data <u>18/02/2020</u>
Bloco: <u>A</u>	Enfermaria: <u>112</u>	Leito: <u>01</u>	Nº da Sala <u>04</u>	Circulante de Sala: <u>Olegângela / Kaimunde</u>
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:				

## Cxs. Implantes / Instrumentais SDC / SDC

## **Dados dos materiais/Serviços**

Hospital Geral de Roraima (X)		Dados Adicionais:	Marca:
ITEM		DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT
01		Placa PCS - 16 furos	01
02		Parafuso desligante - 76 mm	01
03		Parafuso Pontual Ø 4,5 - 44 mm	01
04	"	" " " - 46 mm	01
05	"	" " " - 50 mm	01
06	"	" " " - 54 mm	01
07		Parafuso Espessoso R. 32 - 65 mm	01

MÉDICO CIRUJÃO: Vítor Montenegro

1º AUXILIAR: Bruno Figueiredo

## INSTRUMENTADOR.

MÉDICO CIRURGIÃO:

### 1º AUXILIAR

## INSTRUMENTADORES

**1º VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE**

2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Fone: (0xx95) 2121 0637  
E-mail: son.mehar@gmail.com





**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

**ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA**

Nome José Carlos Santos  
Responsável Cirurgião João Montenovo +  
Bruno Tócuruado

**ANTES DA INCISÃO**

Anestesista Heitor +  
R. V. Dornal

**ENTRADA (Sala Pré Anestésica)**

PACIENTE CONFIRMOU:

Identidade

Sítio Cirúrgico

Procedimento

Consentimento  Sim  Não

RISCO CIRÚRGICO

Aplica  Não se Aplica

**SÍTIO DEMARCADO**

Sim  Não  Não se Aplica

**VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA**

**OXÍMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO**

**O PACIENTE POSSUI:**

ALERGIA CONHECIDA

Não  Sim, Qual:

**VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO**

Não

Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml

Não

Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 18/12/2020 Assinatura L.C.V. Hora: \_\_\_\_\_

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.  
( ) Sim  
( ) Não se aplica

**ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES**

**PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)**

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:  
 Identificação do paciente  
 Sítio cirúrgico  
 Procedimento

**EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:**  
 REVISÃO DO CIRURGIÃO:  
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:  
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:  
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

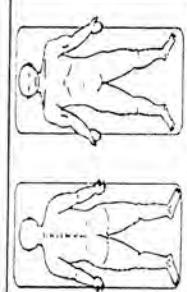
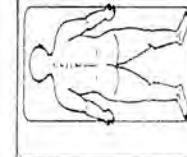
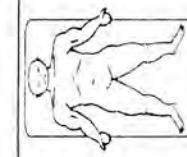
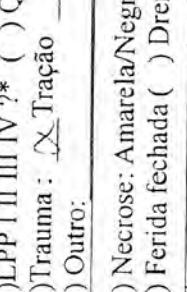
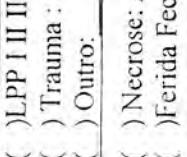
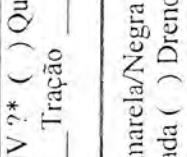
A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.  
 Não se aplica  
 Sim,  
Qual: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

*José Luciano dos Santos*  
GOVERNADOR  
ESTADO DE RORAIMA

Assinatura e Carimbo

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 <b>HGR</b> Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – <b>HGR</b>	Protocolo nº 1 Paciente: <u>Sergio dos S. Silveira</u> Leito: <u>112</u>	Versão:08 Elaborada: 02/2013 Atualizada: 2/2020
---	--	---

<b>Localização</b>    <b>Região:</b> <u>MIE</u>	<b>Etiologia</b> <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input checked="" type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<b>Região:</b>    <b>Grau:</b> I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> (L)	<b>Aparência do Leito</b> <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<b>Pele Perilesional</b> <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<b>Quantidade de Exsudato</b> <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<b>Solução de Limpeza</b> <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<b>Cobertura primária</b> <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<b>Troca</b> <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<b>Profissional que realizou procedimento:</b> 	<b>Observações:</b> 
--	---	---	---	--	---	---	---	---	---	--

312-3

<b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b>PREScrição MÉDICA</b>				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	<i>Sebastião de S. Fausto</i>			
AGNÓSTICO	<i>FK fum futebol</i>			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		DATA	<i>18/02/10</i>
ÍTEM	PREScrição			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			<i>24-24</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			<i>24-24</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			<i>24-24</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			<i>24-24</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA			<i>24-24</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			<i>24-24</i>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			<i>SP</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			<i>24-24</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			<i>24-24</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			<i>24-24</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			<i>24-24</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			<i>24-24</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H			<i>24-24</i>
14	CURATIVO DIÁRIO			<i>24-24</i>
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

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

EVOLUÇÃO MEDICA:

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

*Dr. Pedro de S. Fausto*  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-HR 2026

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	TX
12 H				
18 H	111/70	69	22	36
24 H	108/70	90	36	

MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

18/02/10 paciente no leito  
 pressão sistólica 90 mm  
 batimento cardíaco  
 22 respiração 36/min  
 06 respiração *Pedro de S. Fausto*

ar. l. PA

06 respirações 35/min. 140mm  
 as mud. CPM. Paciente  
 sem queixas, segue com  
 cuidados de enfermagem.

CORREÇÃO PELA PTO. 00-10-00  
 PTO. 00-10-00

112-L

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

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

<b>DATA DE ADMISSÃO</b>		<b>DIH</b>	16/02/2020	<b>DN</b>	
-------------------------	--	------------	------------	-----------	--

<b>PACIENTE</b>	<b>SERGIO DOS SANTOS SILVA</b>				
-----------------	--------------------------------	--	--	--	--

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO</b>				
--------------------	------------------------------------	--	--	--	--

<b>ALÉRGIAS</b>		<b>HAS</b>		<b>DM2</b>	
-----------------	--	------------	--	------------	--

<b>IDADE</b>		<b>LEITO</b>	<b>112-1</b>	<b>DATA</b>	20/02/2020
--------------	--	--------------	--------------	-------------	------------

<b>ITEM</b>					<b>HORÁRIO</b>
-------------	--	--	--	--	----------------

1	DIETA ORAL LIVRE				30/01
2	AVP				muitas
3	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H	ONVO			12 18 24 06
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				12 22
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				12 18 24 06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				12
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11					
12					
13	CURATIVO				curativo
14	SSVV + CCGG 6/6H				postural
15					
16	<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS ,  
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO DIA 18/2/20.

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

112-1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SÉRIE DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAI - 2006  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Sergio dos Santos e Souza, 45 ANOS,  
DE ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 13/02, COM  
DIAGNÓSTICO DE rotura da crista ilíaca esquerda  
NO DIA 3/2/02, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
Ressecção da crista ilíaca SENDO  
OPERADO PELO DR. Vitor Martençay E DR. Lucas Fagundes.  
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 21/02/02, AS 10 horas, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 21/3/02, AS 10 horas, COM O  
DR. Vitor Martençay

ORIENTAÇÕES GERAIS:

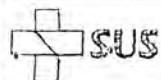
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

20/2/02

BOA VISTA, 11/03/02

MÉDICO



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### — IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE —

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

SUS: 704 608 143 734 527

### — IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE —

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

Sergio dos Santos Silveira

178274

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

704 608 143 734 527

31/05/73

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Anita dos Santos Silveira

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

21 3111 9023

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua 8 N° 174 Jardim Franklin

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

Bacabal

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES DE JUSTIÇA PARA A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 ASSOCIAÇÕES ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

( ) CNS      ( ) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / EMPRESA / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

26/02/23

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

### AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

( ) CNS      ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



# HOSPITAL DAS CLÍNICAS Dr. WILSON FRANCO

## RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA/HGR

DATA: 16/02/2020

PACIENTE: Sergio dos Santos SILVA DN: / /

DIAGNÓSTICO(S):

Paciente com febre e dor abdominal

DIH: / /

KANBAM: Dieta:

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA / / ): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: K: Ca: Cl:

HCO<sup>3</sup>: PH: BE: PO<sup>2</sup>: PCO<sup>2</sup>:

EAS:

CULTURAS (/ / ):

### IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA / / / ): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:

Cl: HCO<sup>3</sup>: PH: BE: PO<sup>2</sup>: PCO<sup>2</sup>:

EAS

### IMAGEM

### ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

### TERAPIA INSTITUÍDA

### EVOLUÇÃO CLINICA:

Paciente com dor abdominal febre alta  
esofagite, com cirurgia agendada  
para o dia 18/02.  
Solicitar Reserva de Sangue.

Boa Vista, 16 de Março de 2020 de 2020 Hora: 10:00 horas  
Dr. Mário de Marques CRM 19187 RR

CRM 191878

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/carimbo do Médico

CRM 742 / 82

PEDIDO DE PARECER

Unidade: HC

Nome: SOUZA DOS SANTOS Sônia

Idade: 49 anos

REGISTRO:

Bloco: 3B

Enfermeira: 349

Leito:

U.T.I:

Emergência:

De:

ORTOPEDIA

Para:

CORAO B&P

Dados Clínicos:

Paciente com Fratura do fêmur distal

(TS)

Solito Risco cirúrgico

14/02/2020

Data

Dr. Lidan Alencar  
Clínico Geral  
CRM 1517

médico

Anal. (RE)

Em anexo

34 / 02 / 2020

Data

Lois Amélia Moura de Oliveira  
Clínica Médica / Cardiologia  
CRM / RR 1550

médico

349

NOME: Burgo dos Santos Silve

IDADE: 49 anos

FATORES DE RISCO	PTS
Idade acima de 70 anos	5
IAM há menos de 6 meses	10
B3 ou Estase Jugular	11
Importante Estenose Aórtica	3
Eletrocardiograma:	7
- Ritmo não sinusal ou ESSV	( )
- Mais de 5 ESV em qualquer momento antes da cirurgia	( )
Estado geral e laboratorial:	3
- PO <sub>2</sub> < 60 ou PCO <sub>2</sub> > 50	( )
- K < 3 mEq/L	( )
- HCO <sub>3</sub> < 20mEq/L	( )
- Uréia > 100mg/dl ou Creatinina > 3mg/dl	( )
- AST anormal	( )
- Paciente acamado por causa não cardíaca	( )
Cirurgia Intraperitoneal, Intratorácica ou Aórtica	3
Cirurgia de Emergência	4

CLASSE	RISCO DE COMPLICAÇÃO	RISCO DE ÓBITO
I (0-5pts)	0,7%	0,2%
II (6-12pts)	5,0%	2,0%
III (13-24pts)	11%	17%
IV <td>22%</td> <td>56%</td>	22%	56%

H.D.A: fractura fíbula distal

H.P.P.: Doce MPS ou DM

Cirurgias prévias: múltiplas

fractura

H.FAM.: Mãe MPS

Tabagismo: φ

Etilismo: never

Exame físico: Impressionante

A.C.: RGR 84 BNF 51 normais

PA: 110 x 80 mmHg FC: 70 bpm FR: 20 irpm

Exames Laboratoriais:

- Hb 10,4 g/dl; Ht 35 %; Leucócitos 6.730 PLT 457.000;

- TC - TS - TAP 6,9\* INR 0,5

- Glicose: - Uréia: 26 Creat: 0,9 TGO: - TGP: -

27/03/2010.

Radiografia de Tórax: JLT OS

ECG: PS, ST (N)

Comentários: feldman I.

Boa Vista/RR, 24/03/2010

Luis Amélia Moura de Oliveira  
Clínica Médica / Cardiologia  
CEP: 69.316-715 - Boa Vista/RR 1550  
Assinatura

Paciente: Sergio Dos Santos Silva	Sexo: Masculino	Nasc: 31/08/1970	Idade: 49 ANO
Solicitação: 70015869	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HC		Setor: BLOCO 3B	Leito: 349
Data de Emissão: 27/01/2020 12:08		Recebimento:	

### Resultado de Exame

Amostra: 7001586903

#### HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

##### LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	$6,73 \times 10^3/\mu\text{L}$	4.0 - 10.0 $\times 10^3/\mu\text{L}$
NEUTRÓFILOS	66,6 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	20,1 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	8,6 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	3,5 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	1,2 %	0.0 - 1.0 %

##### ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	$3,24 \times 10^6/\mu\text{L}$	4.32 - 5.52 $\times 10^6/\mu\text{L}$
HEMOGLOBINA	10,40 g/dL	13.5 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	31,00 %	40.0 - 50.0 %
VCM	95,60 ug/L	87.0 - 103.0 ug/L
HCM	32,10 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	33,60 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	10,60 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	42,90 fL	35.0 - 56.0 fL

##### PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	$412,00 \times 10^3/\mu\text{L}$	150.0 - 400.0 $\times 10^3/\mu\text{L}$
VPM	7,80 fL	6.5 - 12.0 fL
DP	15,70	9.0 - 17.0
PCT	0,321 %	1.08 - 2.82 %

Ana Karina S. Moura  
Farmacêutica/Bioquímica  
CRF/RR 523

Responsável Técnico: Roseminam Izabel Moscato - Farmacêutica/ Bioquímica - CRF - RR 245/09  
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

16/02/2020 08:05

(\*) Retificado

Página 1 de 1



Paciente: Sergio Dos Santos Silva

Solicitação: 70015869 Número Interno:

Origem: HC

Data de Emissão: 27/01/2020 12:08

Sexo: Masculino

Nasc: 31/08/1970

Idade: 49 ANO

Sclicitante:

Setor: BLOCO 3B

Leito: 349

Recebimento:

### Resultado de Exame

Amostra: 7001586903

## HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

### LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	6,73 x10 <sup>3</sup> /uL	4.0 - 10.0 x10 <sup>3</sup> /uL
NEUTRÓFILOS	66,6 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	20,1 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	8,6 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	3,5 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	1,2 %	0.0 - 1.0 %

### ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	3,24 x10 <sup>6</sup> /uL	4.32 - 5.52 x10 <sup>6</sup> /uL
HEMOGLOBINA	10,40 g/dL	13.5 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	31,00 %	40.0 - 50.0 %
VCM	95,60 ug/L	87.0 - 103.0 ug/L
HCM	32,10 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	33,60 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	10,60 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	42,90 fL	35.0 - 56.0 fL

### PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	412,00 x10 <sup>3</sup> /uL	150.0 - 400.0 x10 <sup>3</sup> /uL
VPM	7,80 fL	6.5 - 12.0 fL
DP	15,70	9.0 - 17.0
PCT	0,321 %	1,08 - 2,82 %

Ana Karina S. Moura  
Farmacêutica/Bioquímica  
CRF/RR 523

Responsável Técnico: Roseminam Izabel Moscato - Farmacêutica/ Bioquímica - CRF - ICR 245/09

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

16/02/2020 08:05

(\*) Retificado

Página: 1 de 1



Paciente: Sergio Dos Santos Silva

Solicitação: 70015869 Número Interno:

Origem: HC

Data de Emissão: 27/01/2020 12:08

Sexo: Masculino

Nasc: 31/08/1970

Idade: 49 ANO

Solicitante:

Setor: BLOCO 3B

Leito: 349

Recebimento:

Amostra: 7001586902

### Resultado de Exame

#### DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Metodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado

0,97 mg/dL

Referência

Sem Referência

#### Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas.

#### DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Metodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

26,27 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL

  
Ana Karina S. Moura  
Farmacêutica/Bioquímica  
CRF/RR 523

Responsável Técnico: Rosemíriam Izabel Moscato - Farmacêutica/ Bioquímica - CRF - RR 245/09  
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

16/02/2020 08:05

(\*) Retificado  
Página 1 de 1



Paciente: Sergio Dos Santos Silva

Solicitação: 70015869 Número Interno:

Origem: HC

Data de Emissão: 27/01/2020 12:08

Sexo: Masculino

Nasc: 31/08/1970

Idade: 49 ANO

Solicitante:

Setor: BLOCO 3B

Leito: 349

Recebimento:

Amostra: 7001586901

### Resultado de Exame

#### COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus;

TEMPO DE PROTROMBINA

RNI

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

RATIO

ATIVIDADE DE PROTROMBINA

#### Resultado

6,9 seg

#### Referência

10,0 - 14,0 seg

0,57

0,8 - 1,2

43,8 seg

25,0 - 39,0 seg

-

0,0 - 1,25

100 %

70,0 - 100,0 %

#### Notas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica.

Amostras coletadas sob circunstância estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.

Ana Karina S. Moura  
Farmacêutica/Bioquímica  
CRF/RR 523

Responsável Técnico: Roseminam Izabel Moscato - Farmacêutica/ Bioquímica - CRF - RR 245/09  
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

16/02/2020 08:05

(\*) Retificado  
Página 1 de 1

E



SERGIO DOS SANTOS SILVA

2702

HOSPITAL CORONEL MOTA

Fabiola Castro

E

