

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERIVAN SOUZA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000067503-0

Nr. da Autenticação 4C81824D62E272F3

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190034289

Vítima: ERIVAN SOUZA DE LIMA

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERIVAN SOUZA DE LIMA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ERIVAN SOUZA DE LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 0000067503-0

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190034289 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVAN SOUZA DE LIMA **Data do acidente:** 16/09/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.
Sequelas: Com sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.
Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190034289 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVAN SOUZA DE LIMA **Data do acidente:** 16/09/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro-desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, atualizada anualmente, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância e seu dever, proteja-la e cuida-la, pois ela garante o registro de sua vida profissional e a preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribuindo para assegurar seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAL - FUNDO DE AMparo AO TRABALHADOR

ESTA CARTEIRA CONTEM 30 PAGINAS NUMERADAS



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

126.32074.66-7

NÚMERO

2639717

SÉRIE

001-0

UF

RR

ERIVAN SOUZA DE LIMA

ASSINATURA DO TITULAR



ÁREA DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VER

15 JAN 201

ENTE SEGURADO
São Bento, 444

NOME ERIVAN SOUZA DE LIMA

LOCAL DE NASC. BOA VISTA

RR, 05/09/1982

FILIAÇÃO NEUZA MARIA SOUZA DE LIMA

DOC. APRESENTADO R.G. 201407 SEG. RR

ESTADO CIVIL SOLTEIRO

EM 14 MAR, DE 18 DE MARÇO DE 1991

RC 201407

CNP

CPF

T. ELEITOR

SEÇÃO

ZONA

NATURALIZADO PORT. M. I. M.

LOCAL DA EMISSÃO DRT/RR

25/06/2004

Erivano

DATA DA EMISSÃO

ASSINATURA DO TITULAR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

2

1. OBRIGADO A SER REGISTRADO	2. OBRIGADO A SER REGISTRADO	3. OBRIGADO A SER REGISTRADO	4. OBRIGADO A SER REGISTRADO	5. OBRIGADO A SER REGISTRADO	6. OBRIGADO A SER REGISTRADO
7. OBRIGADO A SER REGISTRADO	8. OBRIGADO A SER REGISTRADO	9. OBRIGADO A SER REGISTRADO	10. OBRIGADO A SER REGISTRADO	11. OBRIGADO A SER REGISTRADO	12. OBRIGADO A SER REGISTRADO
13. OBRIGADO A SER REGISTRADO	14. OBRIGADO A SER REGISTRADO	15. OBRIGADO A SER REGISTRADO	16. OBRIGADO A SER REGISTRADO	17. OBRIGADO A SER REGISTRADO	18. OBRIGADO A SER REGISTRADO
19. OBRIGADO A SER REGISTRADO	20. OBRIGADO A SER REGISTRADO	21. OBRIGADO A SER REGISTRADO	22. OBRIGADO A SER REGISTRADO	23. OBRIGADO A SER REGISTRADO	24. OBRIGADO A SER REGISTRADO
25. OBRIGADO A SER REGISTRADO	26. OBRIGADO A SER REGISTRADO	27. OBRIGADO A SER REGISTRADO	28. OBRIGADO A SER REGISTRADO	29. OBRIGADO A SER REGISTRADO	30. OBRIGADO A SER REGISTRADO

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 JAN 2013

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

797.890.052-53

Nome
ERIVAN SOUZA DE LIMA

Nascimento
06/09/1982



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



1601009708		16/09/2018 14:04:58		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		33	
Paciente		ERIVAN SOUZA DE LIMA		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
Tipo Doc		Documento		06/09/1982		36 A 0 M 10 D		898000481949625		79789005253	
IDENTIDADE		201407		SSP-RR		M		Naturalidade		BRASILEIRA	
Mão		NEUZA MARIA SOUZA DE LIMA		Estado Civil		Parda		Boa Vista - RR		Contato	
Endereço		- RUA DOS TAMANDUAS - 25 - JARDIM PRIMAVERA - BOA VISTA - RR		Sexo		M		Boa Vista - RR		(95) 99163-7716	
Class. de Risco		Plano Convênio		SUS - SISTEMA UNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
Motivo do Atendimento		SPA - PRONTO ATENDIM		Caráter do Atendimento		URGÊNCIA		Procedência		Temp. Passo Pressão	
Setor		GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada		DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.		Registrado por:	
Queixa Principal		Frestura no Tornozelo (B).		Síndrome Febril		Sintomático Respiratório		Suspeita de Dengue		Reila RODRIGUES	
Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)		Paciente com fratura de tornozelo com									
Exame Físico		Boa pele, boa cor, sem edema, sem feridas.									
Hipótese Diagnóstica		Fratura do Tornozelo									
SADT - Exames Complementares		RAIO-X		ULTRA-SON		TC		SANGUE		URINA	
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO							
Condição		Alta por Decisão Médica		Alta a Pedido		Alta a Revelia		Transferência para:			
óbito		Antes do 1º Atendimento?		Destino:		Família		IML Anatomia Patológica			

Impresso por: reila.rodrigues
Data Hora: 16/09/2018 14:06:56

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Leonardo R. B.
Médico
CRM-RR 1711



1801009708



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado da Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR		QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE		Cristina Souza		
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS				
DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
		HORÁRIO	OBSERVAÇÃO	
16/09/18	1) Dor forte	SVD		
	2) SVD	manhã		
	3) Catarata	18:05	18:05	
	4) Dor forte	18:05	18:05	
	5) Dor forte	18:05	18:05	
	6) Dor forte	18:05	18:05	
	7) Dor forte	18:05	18:05	
	8) Dor forte	18:05	18:05	
	9) Dor forte	18:05	18:05	
	10) Dor forte	18:05	18:05	
	11) Dor forte	18:05	18:05	
	12) Dor forte	18:05	18:05	
	13) Dor forte	18:05	18:05	
	14) Dor forte	18:05	18:05	
	15) Dor forte	18:05	18:05	
	16) Dor forte	18:05	18:05	
	17) Dor forte	18:05	18:05	
	18) Dor forte	18:05	18:05	
	19) Dor forte	18:05	18:05	
	20) Dor forte	18:05	18:05	
	21) Dor forte	18:05	18:05	
	22) Dor forte	18:05	18:05	
	23) Dor forte	18:05	18:05	
	24) Dor forte	18:05	18:05	
	25) Dor forte	18:05	18:05	
	26) Dor forte	18:05	18:05	
	27) Dor forte	18:05	18:05	
	28) Dor forte	18:05	18:05	
	29) Dor forte	18:05	18:05	
	30) Dor forte	18:05	18:05	
	31) Dor forte	18:05	18:05	
	32) Dor forte	18:05	18:05	
	33) Dor forte	18:05	18:05	
	34) Dor forte	18:05	18:05	
	35) Dor forte	18:05	18:05	
	36) Dor forte	18:05	18:05	
	37) Dor forte	18:05	18:05	
	38) Dor forte	18:05	18:05	
	39) Dor forte	18:05	18:05	
	40) Dor forte	18:05	18:05	
	41) Dor forte	18:05	18:05	
	42) Dor forte	18:05	18:05	
	43) Dor forte	18:05	18:05	
	44) Dor forte	18:05	18:05	
	45) Dor forte	18:05	18:05	
	46) Dor forte	18:05	18:05	
	47) Dor forte	18:05	18:05	
	48) Dor forte	18:05	18:05	
	49) Dor forte	18:05	18:05	
	50) Dor forte	18:05	18:05	
	51) Dor forte	18:05	18:05	
	52) Dor forte	18:05	18:05	
	53) Dor forte	18:05	18:05	
	54) Dor forte	18:05	18:05	
	55) Dor forte	18:05	18:05	
	56) Dor forte	18:05	18:05	
	57) Dor forte	18:05	18:05	
	58) Dor forte	18:05	18:05	
	59) Dor forte	18:05	18:05	
	60) Dor forte	18:05	18:05	
	61) Dor forte	18:05	18:05	
	62) Dor forte	18:05	18:05	
	63) Dor forte	18:05	18:05	
	64) Dor forte	18:05	18:05	
	65) Dor forte	18:05	18:05	
	66) Dor forte	18:05	18:05	
	67) Dor forte	18:05	18:05	
	68) Dor forte	18:05	18:05	
	69) Dor forte	18:05	18:05	
	70) Dor forte	18:05	18:05	
	71) Dor forte	18:05	18:05	
	72) Dor forte	18:05	18:05	
	73) Dor forte	18:05	18:05	
	74) Dor forte	18:05	18:05	
	75) Dor forte	18:05	18:05	
	76) Dor forte	18:05	18:05	
	77) Dor forte	18:05	18:05	
	78) Dor forte	18:05	18:05	
	79) Dor forte	18:05	18:05	
	80) Dor forte	18:05	18:05	
	81) Dor forte	18:05	18:05	
	82) Dor forte	18:05	18:05	
	83) Dor forte	18:05	18:05	
	84) Dor forte	18:05	18:05	
	85) Dor forte	18:05	18:05	
	86) Dor forte	18:05	18:05	
	87) Dor forte	18:05	18:05	
	88) Dor forte	18:05	18:05	
	89) Dor forte	18:05	18:05	
	90) Dor forte	18:05	18:05	
	91) Dor forte	18:05	18:05	
	92) Dor forte	18:05	18:05	
	93) Dor forte	18:05	18:05	
	94) Dor forte	18:05	18:05	
	95) Dor forte	18:05	18:05	
	96) Dor forte	18:05	18:05	
	97) Dor forte	18:05	18:05	
	98) Dor forte	18:05	18:05	
	99) Dor forte	18:05	18:05	
	100) Dor forte	18:05	18:05	

Assinatura do Médico
Médico
CRM-RJ 403

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de RoraimaSECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

on

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

F. RIV. AL. Borges da Silva

DIAGNÓSTICO

Fratura Torção

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

22

LEITO

CT

DATA

01/09/18

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia

3

CEFALOTINA 1G EV 6/6H

4

TILATIL 20mg 12/12hs

5

DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N

6

TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8

RANITIDINA 50MG EV 8/8HS

9

SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

10

SSVV + CCGG 6/6 H

12

CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG

14

CURATIVO DIÁRIO

15

16

17

18

19

20

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

para cirurgia
após 1h

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-R 566

Regulado
para leito

P/BLF JM
Regulação Interna

SINAIS VITAIS

6 H

12 H

18 H

24 H

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

22H → PA

Pulsão

Resp 20

ASV não rechegado por falta de Analise plasmática

24h PA 113x84

FC 90

18/09/2018

35h PA 140x100 mmHg

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-R 566



Erivan Souza

120-3

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		<i>ERIVAN SOUZA</i>			
DIAGNÓSTICO		<i>FRATURA</i>			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H				
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSV + CCGG 6/6 H				
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE > 70: 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Parte central
Apud: crm

Regulado
para leito

120-3

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS	TAX	PULSO	PA
6 H	120/40	52	36/30
12 H	36.6	59	110x70
18 H			
24 H			

Paciente admitido
NIR - p 16:40h

Maria Mônica C. Alzaredo
Assistente de Enfermagem
COREN-RR 102.102

SSV 16:20 58 183/74 30.50

PA: 128x86 mmHg
FC: 60 bpm

Gleison Carlos Vales
COREN-RR 247.764-TE

Nº

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
Assistente de Enfermagem
COREN-RR 507.016-TE

120-3



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	GILBERTO ROCHA		
DIAGNÓSTICO	Fratura Torção		
ALERGIAS		HAS	DM2
IDADE	20	LEITO	120-3
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	AVP		manhã
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H		24, 09, 12 - 1
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H		24
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H		SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SN
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N		SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SN
11	CURATIVO DIÁRIO		Curativos
12	SSVV + CCGG 6/6 H		gestão
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 D/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
20			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

paciente em repouso
com dor leve
em tratamento

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
 CRM-RR 566

SINAIS VITAIS			
6 H	110x80	70	
12 H			
18 H			
24 H	110x70	59	



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ERLWAK 5007				
DIAGNÓSTICO	FANTUM Tendon				
ALERGIAS	se-clar				
IDADE	26	HAS		DM2	
		LEITO	120-7	DATA	26/09/10
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5m
2	AVP				12:00
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H				12:28-2h
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				12:28-2h
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				12:28-2h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIARIO				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI. GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PL. FARM. NISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

Paciente eutrofo
Apresenta curação

Dr. Jesus A. Lopez Aguilera
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS				
6 H	112x76	54	18	36.0
12 H	135x80	56		
18 H	120x70	70		
24 H	116x66	54		35.9c

19.0007. Paciente medicado com
e verificado 5500.

Geandria dos Santos Pereira
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 751.380-TEC



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	EDIVAT JUVIA				
DIAGNÓSTICO	FANTOM TOSTADO				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	76	LEITO	120-3	DATA	22/09/88
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				manter
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H				12h TS 24h
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				08h 20h
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				12h 18h 24h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SND
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SND
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SND
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				SND
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SND
11	CURATIVO DIARIO				curativo
12	SSV + CCGG 6/6 H				rotina
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 D.M.L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA,				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente evolui, ainda com

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS

6 H	127	90	
12 H	130	60	
18 H	140	66	
24 H	145	65	

120-3



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ENIVALDO LIMA				
DIAGNÓSTICO	Fratura Torção				
ALERGIAS	sem	HAS		DM2	
IDADE	76	LEITO	120-3	DATA	23/05/12
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	AVP				10:00 7:00
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H				13 18 24:00
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				08 20
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				13 18 24:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 130 E OU PAD > 110 MMHG				
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIARIO				16
12	SSV + CCGG 6/6 H				10:00
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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/				

VOLUÇÃO MÉDICA:

Prescrição médica

Afunda...

Dr. Jesus L. Lopes Aguiar
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS				
6 H	130x70	61		
12 H	110x80	56		36°C
18 H	150x80	60		36°C
24 H	110x70	62		36°C



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Emanuel Souza			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS					
IDADE		HAS		DM2	
ITEM		LEITO		DATA	
		PRESCRIÇÃO		HORARIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			5 MD	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SN	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			SN	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			Retina	
10	SSVV + CCGG 6/6 H			SN	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG			Curativo	
14	CURATIVO DIARIO				
15					
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	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: 026, 105, 80
Febre

Carlos Henrique da Rosa
Médico
CRM-RR 463
MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

SINAIS VITAIS				
6 H	120x80	68		36.2
12 H	140x93	65		36.2
18 H	130x75	56	36.3	
24 H	116x66	68	36.1	

120-3



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Elvira Souza</i>					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			<i>SND</i>	
2	AVP			<i>11h-15h</i>	
3	CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 6/6H			<i>SND</i>	
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H			<i>12h-2h</i>	
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H			<i>12h-2h</i>	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			<i>12h-2h</i>	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			<i>SW</i>	
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO			<i>curativo</i>	
12	SSVV + CCGG 6/6 H			<i>Roraima</i>	
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dr. Carlos
Ortopedia

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463

SINAIS VITAIS	Ma	Pc	Pu	Tm
6 H	130x80	52		36°
12 H	12x8	53	-	36-38
18 H	138x75	62		36°
24 H	145x69	56		36°

*11:30 Paciente no leito, medicado
com SSVV, em internamento.*



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

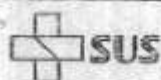
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE			
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS			
IDADE	HAS	DM2	
ITEM	LEITO	DATA	
PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	AVP		
3	CEFADOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 6/6H		
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H		
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
11	CURATIVO DIÁRIO		
12	SSV + CCGG 6/6 H		
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),		
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:

BB6 10727
Paciente Cirúrgico

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 483

SINAIS VITAIS			
6 H	120x10	63	NTT
12 H	118x70	58	35,2°
18 H	133x95	87	35,1°
24 H	120x90	56	nao tem termometro



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 - CHES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CHES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente de Trânsito com
Deformação do T2 @
e fraturas faciais

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

cirurgia

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura T2 @

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSA ASSOCIADA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES E VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAVEJO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

7/7/9/18

0408050497
S828
V299

7/7-9

BOLETIM OPERÁRIO

Erivan Jesus

Data: 27/07/18 O.S. _____



DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Luxo Fx TNL @

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: Osteosintese TNL @

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. C. Araújo

1º AUXILIAR: Dr. Jesus

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: Dr. Fabiano

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Tubo lateral
- Dissecção x Planos
- Encontra-se Fx Comitosa imune anterior
- Coloca-se placa Ponte 1/3 com 8 Fios
- + 06 Parafusos
- Tubo 1/2 Dissecção x Planos
- Encontra-se Fx Moleto 1/2
- Redução Estabelecida com 01 Parafuso
- Moleto
- Estaurado x Planos

Carlos José da Rosa
Médico
CRM-RR 463

Dr. Jesus da Silva Aguiar
CRM-RR 566



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Environ longe de Lima - 23 anos - P1.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Fentanil 80mcg + Midazolam 4mg

Nº

27/09/18

AGENTES

N 20

02

LÍQUIDOS
VENOSOS

A
H
3
E
P
6

DA

X

ULSO

0

ANES

X

OP

Q

TEMP

□

ASPIR

A

RESP

O

Export

Assist

Contm

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Roberto 36</i>		APT OU LEITO <i>120-03</i>	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>23 / 09 / 2011</i>	
CIRURGIA					
TIPO <i>Osteotomia de Traz. (E)</i>		TEMPO DE DURAÇÃO			
		INICIO <i>11:19</i>	FIM <i>11:55</i>	TEMPO TOTAL	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA: <i>Dr. Fabiano</i>				
1º AUXILIAR <i>Dr. Carlos Henrique</i>	RES. ANESTESIA: <i>Dr. GBO Marcos</i>				
2º AUXILIAR <i>Dr. Jesus</i>	INSTRUMENTADOR				
	CIRCULANTE				
TIPO DE ANESTESIA: <i>Rapida</i>		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QU. NT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<i>1</i>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<i>10</i>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO <i>250 ml</i>	
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<i>1</i>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<i>1</i>	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.0		<i>1</i>	FIO MONONYLON Nº <i>30</i>	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<i>10/10</i>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<i>1</i>	LÂMINA BISTURINº <i>22, 11</i>			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML		<i>1/3</i>	CERA P/ OSO <i>Exatun p/ amputação</i>	
	SERINGA 05 ML		<i>100 ml</i>	KIT CATARATANº <i>chirurgia de argem</i>	
<i>1</i>	SERINGA 10ML		<i>100 ml</i>	GEOFOAM <i>Alcool 70%</i>	
	SERINGA 20ML		<i>1</i>	FITA CARDIACA <i>cateter O2</i>	
<i>1</i>	<i>Agulha p/ suture</i>		<i>10</i>	OUTROS: <i>24 horas</i>	

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

ESQUERDO



IVAN SOUZA DE LIMA

13316-36

9-2018 13:11:02

CLINICA COSME E SILVA

E

□



AREA DE RENOVAÇÃO
CONTÉUDO NÃO PERMANENTE

15 JAN 2013

GENTE SEGURADORA S/A
Rua João Dória, 184 - São Paulo, SP

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ORILIO CRUZ

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Raimundo Nonato Silva

POLEGAR DIREITO

357035-5

RAIMUNDO NONATO SILVA

FILIAÇÃO

YANGELZA PEREIRA SILVA

NATURALIDADE

VARGEM GRANDE - MA

DATA DE NASCIMENTO

15/09/1968

CERTIDÃO NASC 2540 FLS 2 LTV A 43

VARGEM GRANDE - MA

475.628.463-91

3 VIX

ARACELU ROCHA TEJANI

LEI Nº 7.116 DE 29/09/93

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPIRAÇÃO

28/01/2016

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 JAN 2013

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 494 - Boa Vista - RR

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



Ata de declaração

1801009708 16/09/2018 14:04:58 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 33

Paciente ERIVAN SOUZA DE LIMA Data Nascimento 06/09/1982 Idade 36 A O M 10 D CNS 898000481949625 CPF 79789005253 Prontuário 00054780

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raca/Cor Naturalidade

IDENTIDADE 201407 SSP-RR M Parda BOA VISTA - RR BRASILEIRA

Mãe NEUZA MARIA SOUZA DE LIMA Pai NI Contato (95) 99163-7716

Endereço - RUA DOS TAMANDUAS - 25 - JARDIM PRIMAVERA - BOA VISTA - RR Ocupação NÃO INFORMADA

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira de Identidade Autorização Sis Prenatal

CONTEÚDO NÃO SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

SPA - PRONTO ATENDIM URGÊNCIA

Sector Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por: REILA RODRIGUES

GRANDE TRAUMA AN. 2018 DEMANDA ESPONTANEA

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

GENTE SEGURADORA

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL AO 1234 RV 12345 MRV 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : - h) Paciente refere-se a dor abdominal com início súbito, localizada no quadrante inferior direito (B).

Exame Físico Abdome macio, sem sinais de irritação peritoneal. (B)

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

o DORABAL 100mg 12h (B)

o TCBAL 100mg 12h (B)

29/09/2018

Condução ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☒ Transferência para: (B) Data e Hora da Saída/Alta: (B)

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

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: reila.rodrigues Data Hora: 16/09/2018 14:06:55

497972

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 566/2018/DAT - Boa Vista - RR, em 28/12/2018.

COMUNICANTE: ERIVAN SOUZA DE LIMA

RG: 201407 SSP/RR CPF: 797.890.052-53

ENDEREÇO: RUA TAMANDUAS, Nº 25, BAIRRO: JARDIM PRIMAVERA

CIDADE: BOA VISTA ESTADO: RORAIMA

SEXO: MASCULINO PROFISSÃO: LAVADOR DE CARRO

DATA DE NASCIMENTO: 06/09/1982 IDADE: 36 ANOS GRAU DE INST: ENS. MÉDIO COMP.

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: 99152-1013 (MÃE) Nº REG. CNH: NÃO POSSUI

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE: NEUZA MARIA SOUZA DE LIMA

O comunicante compareceu nesta Delegacia, para informar que no dia 16/09/2018, aproximadamente às 09:00 horas, quando trafegava de bicicleta, pela Avenida Dom Aparecido, próximo ao comércio de materiais de construção Novo Horizonte, Bairro Cidade Satélite, nesta capital. Que foi colidido na traseira por uma motocicleta. Que não sabe da nenhuma informação sobre a motocicleta. Que após a colisão, ainda conseguiu ir para sua casa. Que como as dores em seu pé esquerdo não passavam, procurou atendimento médico no HGR posteriormente por meios próprios, onde foi constatado fratura no tornozelo. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O REGISTRO.**

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÕES CORPORAIS.

Jefferson Inácio Araújo
Agente de Polícia Civil
Mat: 042000908

JEFFERSON INÁCIO ARAÚJO

Agente de Polícia
Mat: 042000787

28 DEZ. 2018
AGENTE DE POLÍCIA
CONFESSOR

ERIVAN SOUZA DE LIMA

ERIVAN SOUZA DE LIMA
Comunicante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas é ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-denúnciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro.

DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
Endereço: Av. Capitão Júlio Bezerra, 343 Centro
Boa Vista - Roraima - Brasil

escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

797-290-052-53 ERIUAN SOUZA do LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO): CIRCULAR SUSEP Nº 45/2012

Nome completo:

ERIVAN SOUZA do LIMA

Profissão:

Endereço:

RUA TAMANDUAS.

CPF:

Bairro:

JARDIM PRIMAVERA

Cidade:

BOA VISTA

Número:

25

Complemento:

CASA

E-mail:

monatosilva638@gmail.com (95) 991501013

Estado:

RR

CEP: 69.314-234

Tel.(DDD):

95) 991144021

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3027

CONTA:

67503

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

15 JAN 2013

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data,

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

ERIVAN SOUZA do LIMA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Raimundo Novato Silva

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura