

# 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: 10/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: VICENTE ESTEVAO BRITO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000067020-8

---

Nr. da Autenticação 0B28720ACB5CC2E6

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190363422 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VICENTE ESTEVAO BRITO DE LIMA **Data do acidente:** 05/11/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

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

**Data da análise:** 05/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL COM LESÃO ESPLÊNICA GRAU V.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA E ESPLENECTOMIA) E ALTA MÉDICA. P4

**Sequelas permanentes:** AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO BAÇO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** PERDA ANATÔMICA INTEGRAL DO BAÇO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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 integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190363422

Vítima: VICENTE ESTEVAO BRITO DE LIMA

Data do Acidente: 05/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VICENTE ESTEVAO BRITO 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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do baço 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: VICENTE ESTEVAO BRITO DE LIMA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 0000067020-8

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

194.274.252-53 Vicente Estevão Brito de Lima

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

Nome completo:

Vicente Estevão Brito de Lima

CPF:

194.274.252-53

Número:

329

Complemento:

CEP:

69.314.092

Tel (DDD):

(95) 99117-5392

Profissão:

Autônomo

Endereço:

Rua Piraíba

Cidade:

Santa Cruz

Para Vista

Estado:

RR

E-mail:

lidiarcaristo.pendencia@chfmail.com

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

**RENTA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ 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:

67020

8

(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 LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a você ou a seu 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 LIDER 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 discordo do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 LIDER 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 art. 299 do Código Penal.

Local e data:

Para Vista - RR 27 de Maio 2019

Nome:

CPF:

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Vicente Estevão Brito de Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



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

527260  
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

AGENTE SEGURADORA

Av. Capitão João Barreto, 444 - Boa Vista - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014292/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/05/2019 11:08 Data/Hora Fim: 13/05/2019 11:09  
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 13/05/2019  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 05/11/2018 19:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Vicinal 03  
Complemento: PA Nova Amazônia

Bairro: Zona Rural

Tipo do Local: Área Rural

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VICENTE ESTEVÃO BRITO DE LIMA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: CE - Ubajara Sexo: Masculino Nasc: 06/01/1962  
Profissão: Caseiro  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Raimunda Nonata de Brito

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 194.274.252-53  
RG - Carteira de Identidade: 387222-0

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Piraíba  
Bairro: Santa Tereza  
Telefone: (95) 99156-6690 (Celular)

Nº: 295

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante, que não é habilitado, compareceu a esta especialidade para informar que na data, local e hora supracitados, conduzia a MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 ES, PLACA NAP 8583, CHASSI 9C2JC4820CR025582, de propriedade de MARIA PERPETUA TRAJANO DA SILVA, quando na ocasião ao realizar uma curva existente na referida via, veio a perder o controle do veículo vindo a cair, em decorrência da queda veio a sofrer, segundo o comunicante, lesões no braço. Informa ainda que foi conduzido ao HGR para atendimento médico por terceiros e que este registro é somente para fins de SEGURO DPVAT. É o relato.



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha  
Impresso por: Carlos Regis Cunha  
Data de Impressão: 13/05/2019 11:09  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014292/2019-A01

ASSINATURAS

Carlos Regis Cunha  
Responsável pelo Atendimento

Vicente Estevão Brito de Lima  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 340 e 341 da Constituição Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT

13 MAIO 2019

AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR  
MAT. 42000372

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JUN 2019
SENTE SEGRADORA Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR





NOTURNO 19-	6
-------------	---

RAQUEL L. SALAS  
Tel. 5511-7040  
COREN-RR 001.058.41  
11.13





Para contato com a  
Eletronbras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

2028019-4

Eletronbras Distribuição Paraíba  
Av. Capitão João Bezerra, 881 - Centro - Boa Vista - PB  
CEP: 56.311-470/001-44 (Int. Ext. 24.007.022-3)  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ PB/2013

MP da Nota Fiscal: 002609376

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

CÓDIGO	SINCRONIZADO	CONSOLIDADO	DATA DE EMISSÃO
MARCO/2019	11/04/2019	170	153,13

FRANCISCO ESTEVAO LIMA  
R. PIRAIBA 529 SANTA TEREZA  
CPF: 00003090043220  
CEP: 69.314-092 - BOA VISTA

ROT: 6.001.13.15.447100

DADOS DA LEITURA			DATAS DA LEITURA	
Atual:	12860		Atual:	26/03/2019
Anterior:	12690		Anterior:	25/02/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	25/04/2019
Consumo Medido:	170		Emissão:	25/03/2019
Consumo Faturado:	170	FCAH	Atualização:	26/03/2019

CLASSIFICAÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	29
NORMAL		
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		
Classificação/Subclassificação	Ligação	Número Medidor
RESIDENCIAL	HOMO	11EDN00288N
		1516607
		1.1.1.1
		167

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
FEV/19 160	CONSUMO 170 A R\$ 0,774280 = 131,62
JAN/19 181	ILUMINACAO PUBLICA 21,51
DEZ/18 162	
NOV/18 188	
OUT/18 170	
SET/18 158	
AGO/18 183	
JUL/18 151	
JUN/18 162	
MAI/18 153	
TARIFA COM TRIBUTOS:	
0 A 170 - 0,604220	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
04 JUN 2019  
CENTE SFGURADORA  
Av. Capitão João Bezerra, 881 - Boa Vista - PB

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO  
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26  
Parabéns! Até o dia 25/03/2019, não constamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.  
SE VOCE RECEBE O BOLSA FAMILIA, VOCE TEM DIREITO A DESCONTO NA  
TARIFA DE ENERGIA, FAÇA O CADASTRO EM NOSSO POSTO DE ATENDIMENTO,  
MAIS INFORMACOES, LIGUE PARA 0800 7019 120.

RESERVADO AO FISCAL: 0452.D1DE.0219.8F37.36D0.030E.3EPC.A13C

COMPOSIÇÃO DA CONTA (R\$)	TARIFAS E TAXAS (R\$)
Distribuição:	33,41
Energia:	70,82
Transmissão:	0,00
Encargos:	3,67
Taxas:	23,72
	Base de Cálculo:
	131,62
	Alíquota ICMS:
	17,00%
	Valor do ICMS:
	22,37
	Valor do PIS:
	0,23
	Valor do COFINS:
	1,12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Denilze Corria Pintas inscrito (a) no CPF sob o Nº 792.657.152 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Vicente Estevão Brito de Almor inscrito (a) no CPF sob o Nº 194.274.252 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima Vicente Estevão Brito de Almor inscrito (a) no CPF sob o Nº 194.274.252 / 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. General Ataíde Teive</u>		Número <u>2748</u>	Complemento <u>02</u>
Bairro <u>Liberdade</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>09.309.000</u>
Email <u>liderboavista.pendencia@htmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95)99117-5392</u>

Boa Vista, PE, 27 de Maio de 2019  
Local e Data

Denilze Corria Pintas  
Assinatura do Declarante





1900

#CG#

1900

El ultimo de los tres del interior lo tiene en el  
el interior + el hospital. y los otros.

C.D. A.C.C.

En el lab.

S/O Dr. de  
F. de V. de

Manuel de la Cruz  
Manuel de la Cruz  
Manuel de la Cruz  
Manuel de la Cruz

AREA DE REGISTRO DE LA  
COMUNIDAD DE LA  
04 JUN 2012  
VENTA SECUNDARIA  
En el caso de la venta de la

**BLOCO B****SUS**Sistema Ministério  
Único da  
Saúde Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTAB. (CINEM, ORIGINANTE)

HCR

2 - CATEG.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CATEG.

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Vicente Estevao Brito de Lima

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

303644

9 - DATA NACIONAL DE NASCIMENTO

21/05/2006 72 + 39'03"

10 - DATA DE EXAME

11 - SEXO

Masculino

Fem.

12 - RACIA

Parda

13 - ENDEREÇO

14 - NOME DO RESPONSÁVEL

Endereço: Rua N. 14. 1401

15 - ENDEREÇO (RUA Nº 14. 1401)

16 - NOME DO RESPONSÁVEL

BOA VISTA

17 - CÓD. REG. MUNICIPAL

RR

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

18 - PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS

Trauma abd. contuso com lesão esplênica

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima.

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

Anamnese + Exame Físico + USG

21 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Trauma

22 - OUTRO PRINCIPAL

23 - OUTRO PRINCIPAL

24 - OUTRO PRINCIPAL

Espontâneo

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação + LE

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

28 - CARACTERIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO

29 - NOME DO PACIENTE

30 - Nº DOCUMENTO ÚNICO (Nº DO PROFISSIONAL SOLICITANTE)

Cirurgia Geral

Terapêutico

31 - Nº DO PACIENTE

01222820277

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (EXISTENTE)

Marcello Santos

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO (ASSINATURA E RUBRICA DO RESPONSÁVEL)

05/11/2018

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

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº DO CONTRATO

36 - SÉRIE

37 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CBO

41 - ACIDENTE TRANSITO TRAIETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - TEMPORÁRIO

44 - EMPREGADOR

45 - AUTÔNOMO

46 - DEBENEFICIÁRIO

47 - APRESENTADO

48 - NÃO SEGURO

**AUTORIZAÇÃO**

49 - Nº DO DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO

50 - Nº DO DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO (CÓDIGO)

52 - DOCUMENTO

53 - DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

55 - ASSINATURA E RUBRICA DO RESPONSÁVEL

0407030123  
5360  
V299



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA



**Boletim Operatório**

Nome: **Vicente Estevão Brito de Lima**

- Diagnóstico Pré-operatório: **Trauma abd contuso**
- Tipo de intervenção: **Laparotomia Exploradora + Esplenectomia**
- Diagnóstico Operatório: **Lesão esplênica grau V**

Cirurgião: **Dr Éder**

1º Auxiliar: **R2 Paulo Victor**

2º Auxiliar: **R1 Marcello Santos**

Anestesista: **Dr Eudes**

**Descrição Cirúrgica**

- 1- Paciente em decúbito dorsal horizontal sob anestesia geral.
- 2- Assepsia, Antissepsia e colocação de campos estéreis.
- 3- Incisão supra umbilical + diérese por planos até cavidade.
- 4- Inventário:
  - a. Grande quantidade de líquido hemático livre intra abdominal
  - b. Lesão esplênica grau V com sangramento ativo
  - c. Sem outras lesões
- 5- Realizado:
  - a. Aspiração de conteúdo intra-abd
  - b. Esplenectomia propriamente dita
- 6- Revisão minuciosa de hemostasia – Impeça exaustiva de cavidade
- 7- Confeção de dreno "em dedo de luva" em HCE
- 8- Síntese por planos + dermorrafia
- 9- Curativo compressivo

Marcello Santos  
Médico Residente  
Clínica Geral  
Cirurgia 1811

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA

04 JUN 2018

Boa Vista – RR, 05/11/2018.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA



## Boletim Operatório

Nome: **Vicente Estevão Brito de Lima**

- Diagnóstico Pré-operatório: Trauma abd contuso
- Tipo de intervenção: Laparotomia Exploradora + Esplenectomia
- Diagnóstico Operatório: Lesão esplênica grau V

Cirurgiã: **Dr Éder**  
2ª Auxiliar: **R1 Marcello Santos**

1ª Auxiliar: **R2 Paulo Victor**  
Anestesiologista: **Dr Eudes**

### Descrição Cirúrgica

- 1- Paciente em decúbito dorsal horizontal sob anestesia geral.
- 2- Assepsia, Antissepsia e colocação de campos estéreis.
- 3- Incisão supra umbilical – diérese por planos até cavidade.
- 4- Inventário:
  - a. Grande quantidade de líquido hemático livre intra abdominal
  - b. Lesão esplênica grau V com sangramento ativo
  - c. Sem outras lesões
- 5- Realizado:
  - a. Aspiração de conteúdo intra-abd
  - b. Esplenectomia propriamente dita
- 6- Revisão minuciosa de hemostasia + limpeza exhaustiva de cavidade
- 7- Confecção de dreno “em dedo de luva” em HCl.
- 8- Síntese por planos + dermorrafia
- 9- Curativo compressivo

Marcello Santos  
Médico Residente  
Cirurgia Geral  
CRM 1416

Boa Vista – RR, 05/11/2018.





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA



**Boletim Operatório**

Nome: **Vicente Estevão Brito de Lima**

- Diagnóstico Pré-operatório: **Trauma abd contuso**
- Tipo de intervenção: **Laparotomia Exploradora + Esplenectomia**
- Diagnóstico Operatório: **Lesão esplênica grau V**

Cirurgiã: **Dr Éder**  
2º Auxiliar: **R1 Marcello Santos**

1º Auxiliar: **R2 Paulo Victor**  
Anestesiata: **Dr Eudes**

**Descrição Cirúrgica**

- 1- Paciente em decúbito dorsal horizontal sob anestesia geral.
- 2- Assepsia, Antissepsia e colocação de campos estéreis.
- 3- Incisão supra umbilical + diérese por planos até cavidade.
- 4- Inventário:
  - a. Grande quantidade de líquido hemático livre intra abdominal
  - b. Lesão esplênica grau V com sangramento ativo
  - c. Sem outras lesões
- 5- Realizado:
  - a. Aspiração de conteúdo intra-abd
  - b. Esplenectomia propriamente dita
- 6- Revisão minuciosa de hemostasia + limpeza exaustiva de cavidade
- 7- Confecção de dreno "em dedo de luva" em HCE
- 8- Síntese por planos + dermatrafia
- 9- Curativo compressivo



Boa Vista - RR, 05/11/2018.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

580

NOME DO PACIENTE	APT OU LETO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Marcelo Antonio da Silva			05/11/18
CIRURGIA	TEMPO DE DURAÇÃO	INICIO	FIM
		11:05	12:30
TIPO	TEMPO TOTAL		
Coloproctomia Exploratória			
CIRURGIÃO	ANESTESISTA		
Dr. Carlos	Dr. Carlos		
1ª AUXILIAR	RES. ANESTESIA		
Dr. Paulo	Dr. Marcelo		
2ª AUXILIAR	INSTRUMENTADOR		
Dr. Marcelo			
TIPO DE ANESTESIA	CIRCULANTE		
	Dr. Carlos		
	TEMPO DE DURAÇÃO		

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCTs COMPRESSAS 0.03		17	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250 ml	
000	UNID.			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
7/12	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.0		1	FIO VICRYL Nº 11 3.0	
	LUVA ESTÉRIL 7.5		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1/1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 23 14			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO SEDA Nº Sonda Distal 1.5	
	DRENO DE PENROSE Nº			SURGICEL	
	SERINGA 0.1ML		10	GEA-POSSO Gel 10ml	
	SERINGA 0.5ML		1	EXT CATARATA Nº 1.5	
	SERINGA 0.5 ML			GEOFOAM	
	SERINGA 10ML		1	FITA GARDLAGA (4x10x5)	
	GEA-POSSO		1	OUTROS: Sonda Foley Nº 16	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	MATERIAL MEDICAMENTOS	
Simone Gabardo	SUB-TOTAL	
FUNÇÃO/ARCAZULOS	TAXA DE SALA	
CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA	
	SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		



## EVOLUÇÃO MÉDICA - CIRURGIA

DATA: 06/11/18	DI/HGR: 05/11/18	DN: 06/04/1982	ÁREA: Bloco B
NOME: VICENTE ESTRELO ROLLO DE L.	IDADE:	LEITO: 202-03	
DATA DA CIRURGIA: 05/11/18	MÉDICO PRECEPTOR:		
Peso:	SUS:	MÉDICO RESIDENTE: Dra Adelfe	

Diagnósticos: PNEUMIA BACTERIANA COM TROMBOSE VENOSA		
Dispositivos: SNG: AVC; Sonda Vesical; Dreno de Tórax; Outros:		
Antimicrobianos: Atual: AMPCILINA + SULBACTAM; Pregoroso:		

☒ Paciente nega queixas. Noite sem intercorrências. Diurese +, Flatos +, Evacuação+, Febre -, Vômitos -.

Exame Físico: BEG ☒ REG ☐ MEG ☐  
Hidratado ☒ ou Desidratado ☐ +/-  
Corado ☐ ou Hipocorado ☒ +/-  
Anictérico ☐ ou Ictérico ☒ +/-  
Consciente ☒ ou Desorientado ☐ ou Sedado ☐  
Acianótico ☒ ou Cianótico ☐

Ap. Cardiovascular:  
☒ ROR 2T, BONE, sem sopros.  
☐

Ap. Respiratório:  
☒ MVUA, s/RA.  
☐

Neurológico:  
☒ Pupilas Isocóricas, fotorreagentes. FOG 15, LOIC.  
☐

ABD.:  
☒ plano, RHA+, sem VMG, indolor.  
☐ Outros:

Ext.:  
☒ Perfusão periférica boa (<2s); Pulso amplos e cheios, sem enfermias, panturrilhas livres.  
☐

FO: ☒ Limpa e seca, sem sinais flogísticos  
☐

Exames ( / / ):

ED:

CD: Manida suporte clínico.

Dra. Adelfe Rios Costa  
Médica Residente  
Clínica Geral  
CRM-RR 1886  
Assinatura e carimbo

Sob supervisão



## EVOLUÇÃO MÉDICA – CIRURGIA GERAL

DATA: 07/11/2018	DI/HGR: 05/11/18	DN: 06/11/62	ÁREA: BÚNCO D
NOME: VICENTE ESTEVÃO BALZO	IDADE:		LEITO: 202 - 3
DATA DA CIRURGIA: 05/11/18	MÉDICO PRECEPTOR:		

## Diagnósticos:

TIAJMA COM WRO 1 EXPANSÃO

## Dispositivos:

## Antimicrobianos:

## Atuais:

## Pregressos:

☒ Paciente nega intercorrências clínicas agudas. Deambula. Aceita dieta proposta. Diurese normal, flatos e evacuações presentes.

( ) COM DIFERENÇA  
( ) COM DIFERENÇA

Somatoscopia: BEG ☒ REG ( ) MLG ( )Hidratado ☒ ou Desidratado ( ) / - 4Corado ( ) ou Hipocorado ☒ + 1/4Anictérico ☒ ou Ictérico ( ) / 4Consciente ☒ ou Desorientado ( ) ou Sedado ( )Arterial ☒ ou Cianótico ( )

## Cardiovascular:

☒ RCA em 2T, BNF, sem sopros.

( )

## Respiratório:

☒ Tórax isoexpansível, sem claro pulmonar à percussão, MV + em 2T IX, s/RA.

( )

## Neurológico:

☒ Ácido e orientado auto e alopsiquicamente. Colaborativo. ECG 13. Pupilas isocóricas e isofotorreagentes.

( )

## ABD.:

☒ Plano, normolimpânico, Traube livre, RHA+, flácido, depressível, indolor às palpações superficial e profunda, s/ VMG.

( )

## Ext.:

☒ Perfusão periférica <2s; Pulso amplos e cheios, sem edemas, panturrilhas livres.

( )

## FO:

☒ Limpa e seca. Sem flogose.

( )

## Exames:

Impressão diagnóstica: PACIENTE ESTÁVEL COM DIFERENÇA  
EXCLUINDO COM INTERCORRÊNCIAS.Conduta: QUANTAL.

Dr. Vicielle Gai Costa  
Médica Residente  
Cirurgia Geral  
1.º ANO 1998

Assinatura e carimbo

Sob supervisão.

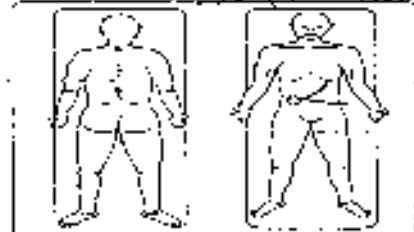
Nome: Viviane Costa

DATA: 07.12.18

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região: Abd

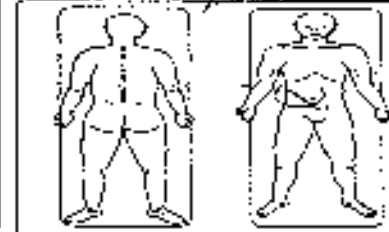


DATA: 07.11

☒ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região: Abd



Etiologia

☐ Fressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética  
☐ Neuropática ☐ Traumática ☐ Trauma ☐ Outra:

Companho da ferida:

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

Aparência do Letto:

☐ Tecido de granulação ☐ com esclero  
☐ Tecido necrótico Sulfur

Quantidade de Exsudato

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

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento  
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

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

Condição da pele  
Periférica:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor  
☐ Purido ☐ Outras

Solução para limpeza

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

Cobertura primária  
(contato direto no leito)

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

Hora do curativo:

☐ Manhã ☒ Tarde

Data da Próxima troca:  
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.  
Técnica Enfermeira

Carimbo e Assinatura  
do Enfermeiro

Outros:

☐ Fressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética  
☐ Neuropática ☐ Traumática ☐ Trauma ☐ Outra:

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

☐ Tecido de granulação ☐ com esclero  
☐ Tecido necrótico Sulfur

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

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento  
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

☒ Sim ☐ Não

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

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor  
☐ Purido ☐ Outras

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

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

☐ Manhã ☒ Tarde

Carimbo e ass.  
Técnica Enfermeira

Carimbo e Assinatura  
do Enfermeiro

Outros:





# EVOLUÇÃO MÉDICA - CIRURGIA

DATA: 08/11/2018	DI/HGR: 05/11/2018	DN: 06/01/62	ÁREA: BLOCO B
NOME: VICENTE ESTEVÃO BRITO		IDADE:	LEITO: 202-3
DATA DA CIRURGIA: 05/11/18		MÉDICO PRECEPTOR:	
		MÉDICO RESIDENTE:	

## Diagnósticos:

TRAUMA CONTUSO + ESPLENECTOMIA

## Dispositivos:

SNG:

Sonda Vesical:

Dreno de Tórax:

Outros:

## Antimicrobianos:

Atual:

AMPICILINA + SUDBACTAM

Pregresso:

(X) Paciente sem queixas, noite sem intercorrências. Diurese, flatos e evacuação +, deambulando com dificuldade, aceita bem a dieta. Negativa febre, dor, vômito, diarreia.

(-) Outras: Refere evacuação com muco.

Exame Físico: DEB (x) REG ( ) MEG ( ) / Anictérico (x) ou Ictérico ( ) /+4  
Hidratado (x) ou Desidratado ( ) /+4 / Consciente (x) ou Desorientado ( )  
Corado (x) ou Hipocorado ( ) /+4 / Acianótico (x) ou Cianótico ( ) /+4

## Ap. Cardiovascular

(x) RCR2T, BCNF, sem Sopros

( ) Outros:

( ) DVA? Quais:

## Ap. Respiratório

(x) MV + bilateral, sem Ruídos Adventícios

( ) Outros:

## ABD.:

(x) Flácido, sem visceromegalias, indolor, RHA +

( ) Outros:

## Ext.:

(x) Bom perfusão periférica (< 3s); Ausência de edemas; Panturrilhas livres

( ) Outros:

## ID.:

FO.: Limpa, seca, sem sinais de flogose ou quaisquer saída de secreções

## PROGRAMAÇÃO:

CD.: MANTIDA

*melhorar analgesia*



Dra. Adelle Gai Costa,  
Médica Residente  
Clínica Geral  
CRM-RR: 1988







# EVOLUÇÃO MÉDICA - CIRURGIA

DATA: 09/11/2018	DI/HGR: 05/11/2018	DN: 06/01/62	ÁREA: BLOCO B
NOME: VICENTE ESTEVÃO BRITO		IDADE:	LEITO: 202-3
DATA DA CIRURGIA: 05/11/18		MÉDICO PRECIPITOR:	
		MÉDICO RESIDENTE:	

<b>Diagnósticos:</b> TRAUMA CONTUSO + ESPLENECTOMIA	
<b>Dispositivos:</b> SNG: Sonda Vesical: Dreno de Tórax: Outros:	<b>Antimicrobianos:</b> Atual: Previsão:

{X} Paciente sem feixes, noite sem intercorrências. Diurese, flatos e evacuação +, ~~de acordo com o protocolo de~~  
aceita bem a dieta. Neg. febre, dor, vômito, diarreia.

DR. GILSON VIEIRA

{ } Outros: Refere evacuação com muco.

Exame Físico: BEG {x} REG { } MEG { } / Anictérico {x} ou Ictérico { } +4  
Hidratado {x} ou Desidratado { } +4 / Consciente {x} ou Desorientado { }  
Corado {x} ou Hipocorado { } +4 / Acianótico {x} ou Cianótico { } +4

## Ap. Cardiovascular

{x} RCR2T, BCNF, sem Sopros

{ } Outros:

{ } DVA? Quais:

## Ap. Respiratório

{x} MV + bilateral, sem Ruídos Adventícios

{ } Outros:

## ABD.:

{x} Flácido, sem visceromegalias, indolor, RHA +

{ } Outros:

## Ext.:

{x} Rom perfusão peritérica (< 3s); Ausência de edemas; Panturrilhas livres

{ } Outros:

## ID.:

FO.: Limpa, seca, sem sinais de flogose ou quaisquer saída de secreções

## PROGRAMAÇÃO:

CD.: MANUTIDA



Dr. Gilson Vieira Costa  
Médico Residente  
Cirurgia Geral  
CRM-RN. 1968

Paciente: Vicente Batista B. de Lima

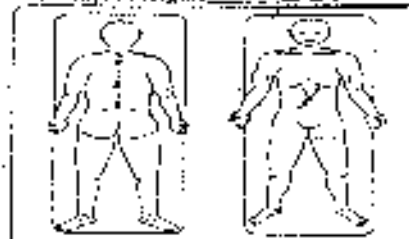
Idade: 99/11/13

Sexo: M

Religioso: N

Localização / Região

Distal

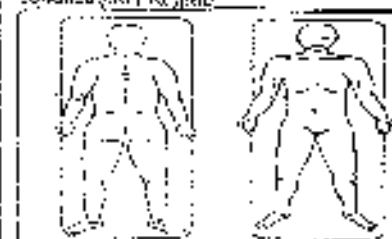


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



etiologia

☐ Pressão ☐ II - IV venosa ☐ Arterial ☐ Diabética  
☐ Circunscrita ☐ Crônica ☐ Trauma ☐ Queimadura

Características da Ferida

Comprimento: 10 cm Largura: 10 cm  
Profundidade: 1 cm

Características da Ferida

☒ Tipo de granulação ☐ com escorço  
☐ Tecido necrótico

Características da Ferida

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

Tipos de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento  
☐ Purulento ☒ Sanguinolento

Odor:

☒ Não ☐ Não  
☐ evidente na remoção da cobertura ☐ na base do leito  
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele

☐ Normal ☒ Macerada ☐ seca ☐ Eczema / Prurido  
☐ Prurido ☐ Outras

Tratamento

☒ Soro fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1%  
☐ Cloroxicina 4% ☐ Outros

Soluções para limpeza

☐ Soro fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%  
☐ Cloroxicina 4% ☐ Outros

Substâncias principais

☒ Gaze ☐ Colagenase  
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata  
☐ AGS ☐ Outros

Material usado na lesão

☒ Manta ☐ Tampo  
☐ Manta ☐ Tampo

Tempo de curativo

☒ Diário ☐ Tampo

Características da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Tempo de curativo

☒ Diário ☐ Tampo

Localização da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Localização da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Localização da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Localização da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Localização da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Localização da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Localização da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Localização da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Localização da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Localização da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Localização da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Localização da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Localização da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Localização da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Localização da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Localização da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Localização da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Localização da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Localização da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Localização da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Localização da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Localização da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Localização da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Localização da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Localização da ferida

☒ Diário ☐ Tampo

Este documento é propriedade da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convecção, Solução e Tratamento.

Os dados e informações aqui contidas, devem ser atualizadas separadamente.





# EVOLUÇÃO MÉDICA - CIRURGIA

DATA: 10/11/2018	DI/HGR: 05/11/2018	DN: 06/01/62	ÁREA: BLOCO B
NOME: VICENTE ESTEVÃO BRITO		IDADE:	LEITO: 202-3
DATA DA CIRURGIA: 05/11/18		MÉDICO PRECEPTOR:	
		MÉDICO RESIDENTE:	

<b>Diagnósticos:</b> TRAUMA CONTUSO + ESPLENECTOMIA		
<b>Dispositivos:</b>	<b>Antimicrobianos:</b>	
SNG:	Agua:	Progressão:
Sonda Vesical:		
Dreno de Tórax:		
Outros:		

(X) Paciente sem queixas, noite sem intercorrências. Diurese, flatos e evacuação -, deambulando, aceita bem a dieta. Nega febre, dor, vômito, diarreia.

( ) Outros: Refere evacuação com muco.

Exame Físico: BEG (x) REG ( ) MEG ( ) / Anictérico (x) ou Ictérico ( ) /+4  
 Hidratado (x) ou Desidratado ( ) /+4 / Consciente (x) ou Desorientado ( )  
 Corado (x) ou Hipocorado ( ) /+4 / Acianótico (x) ou Cianótico ( ) /+4

## Ap. Cardiovascular

(x) RCR2T, BCNF, sem Sopros

( ) Outros:

( ) DVA? Quais:

## Ap. Respiratório

(x) MV + bilateral, sem Ruídos Adventícios

( ) Outros:

## ABD.:

(x) Flácido, sem vísceromegalias, indolor. RHA +

( ) Outros:

## Ext.:

(x) Bom perfusão periférica (< 3s); Ausência de edemas; Panturrilhas livres

( ) Outros:

## ID.:

FO.: Limpa, seca, sem sinais de flogose ou quaisquer sinais de secreções

## PROGRAMAÇÃO:

CD.: MANTIDA

ALTA

H. P. Z. M. A. T. R.



Dr. Paulo Gai Costa  
Médico Residente  
Clínica Geral  
CRM RR 1963

113



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA  
SERVIÇO INTERNO DE CIRURGIA



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

NOME: VICENTÉ ESTEVÃO BRITO DE LIMA

DIH: 05/11/2018

DATA DA ALTA: 10/11/2018

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: DR. ÉDER

DIAGNÓSTICO

TRAUMA CONTUSO

TRATAMENTO

ESPLENECTOMIA

EVOLUÇÃO

Paciente evoluiu sem intercorrências, sem queixas, deambulando, aceitando bem dieta, boas diurese, flatos positivos, estando apto a receber alta.

ORIENTAÇÃO

1. Retornar ao pronto socorro se intercorrências:
  - Se apresentar febre persistente a partir de 38°;
  - Náuseas e vômitos
  - Se continuar apresentando dor intensa mesmo com o uso de remédios para dor.
2. Dieta liberada, porém evitando alimentos gordurosos.
3. Não fazer esforços físicos por 30 dias após a alta.
4. Retirar os pontos após 10 dias da cirurgia no posto de saúde.
5. Retornar ao ambulatório de cirurgia geral para acompanhamento com DR. ÉDER no dia 23/11/2018 (SEXTA-FEIRA) às 08:00h no Hospital Coronel Mota (HCM). Marcar 3 dias antes da consulta no HCM.

  
Dr. Adélio Gai Costa  
Médico Residente  
Cirurgia Geral  
CRM-RR 1266



ÁREA DE MINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

AGENTE SEGURADORA  
Av. Capitão João Barreto, 444 - Rio Verde, GO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO Nº 387222-B	DATA DE EXPIRAÇÃO 09/01/2009		
VICENTE ESTEVÃO BRITO DE LIMA			
CITACÃO			
JOÃO ESTEVÃO DE LIMA			
RAIZUNDA MONATA DE BRITO			
UBAJARA - CE			
DATA DE NASCIMENTO 06/01/1962			
CERTO MASC 15282 FLS 198 LIV 198			
SANTANEN - PA			
194.274.252-53			
1 VIA			
P 1			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		CARTERA DE IDENTIDADE	
ESTADO DE PERNAMBUCO	SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA	INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO BRASIL	
Polegar Direito		Assinatura do Titular	
			
Vicente Estevão B. da Lima			

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
905314502

PROIBIDO PLASTIFICAR  
905314502

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

DENILZE CORREA DANTAS



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/UF  
3142655 SSP RR

CPF  
792.657.152-00

DATA NASCIMENTO  
08/03/1979

FILIAÇÃO

JOSE DE SOUZA CORREA

EVANGELINA LOBATO DA  
SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

B

Nº REGISTRO

04953412311

VALIDADE

20/08/2019

1ª HABILITAÇÃO

31/05/2010

OBSERVAÇÕES

*Denilze Correa Dantas*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO

25/08/2014

59564648026  
RR207683212

*Edilson Dantas Santos*

Director - Presidente

DETRAN RR

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (RORAIMA)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

CENTE SEGUROADORA

Av. Capitão João Batista, 444 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - RR  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

01 00458423777

01 00458423777

BOA VISTA

074.938.002-00

PLACA ANT / UF

PLACA 8583

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS, TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 011486243473 BILHETE DE SEGURO DPVAT

074.938.002-00

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.698/0001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ 129,04

R\$ 14,34

R\$ 1,11

R\$ 1,11

R\$ 1,11

R\$ 1,11

R\$ 1,11

R\$ 1,11

R\$ 1,11

R\$ 1,11

R\$ 1,11

R\$ 1,11

R\$ 1,11

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

074.938.002-00

ÁREA DE MINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS, TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS, TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: Vicente Estevão Brito de Lima  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: Autônomo RG: 3872220 SSP/RR  
CPF: 194.249.253-53  
ENDEREÇO: Rua Piratini 529 Santa Teresinha


VÍTIMA: Vicente Estevão Brito de Lima  
CPF: 194.249.253-53 DATA DO ACIDENTE: 05/11/18  
NATUREZA: ( ) DAMS (X) INVALIDEZ ( ) MORTE

### OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS  
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.  
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00  
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

### PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, 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.

Rua Vista RR, 55 de março de 2019.  
 Vicente Estevão Brito de Lima  
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

**DANIEL AQUINO**  
Cartório do 2º Ofício - Rua Vista  
Daniel Aquino - Tabelião Registrado  
Av. Atlântida, 4507 - Ave. Brasil - Boa Vista  
CEP: 55070-000 - Fone: (071) 3427-1111  
E-mail: daniel.aquino@cartorio2ooficio.com.br

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
"VICENTE ESTEVÃO BRITO DE LIMA"

Em testemunho da verdade, BGLC  
De que sou f. Rua Vista RR, 55 de março de 2019.  
Consulta on-line em: [cidades.portaltelecom.com.br](http://cidades.portaltelecom.com.br)  
RECPIR169226FN1ULH1E2C8YR3421

Emolumentos: R\$ 2.45 Fundos/ISS: R\$ 0.55 Total: R\$ 4.50

  
Juiz de Paz de Boa Vista  
Escritório Autorizado

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

CENTE SEGURADORA  
Av. Capitão João Batista, 444 - Boa Vista - RR