

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: 2656283820200306181046

Processo 0833797-24.2019.8.23.0010 ☆ - (136 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 4847 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

Ocultar Movimentos:

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

Sequencial(Intervalo):

ao

Data do Movimento(Período):

à

Descrição:

42 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 42

500 por pág.

1

| Seq. | Data | Evento | Movimentado Por |
|-------------------|---------------------|--|---|
| <div>[-]</div> 42 | 06/03/2020 18:10:46 | JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (04/03/2020) | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador |
| 42.1 | Arquivo: Petição | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2662553IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALPROTOCOLADA01.pdf | Público |
| 42.2 | Arquivo: DOCS | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2662553IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALPROTOCOLADAAnexo03.pdf | Público |
| 42.3 | Arquivo: DOCS | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2662553IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALPROTOCOLADAAnexo021000.pdf | Público |
| 42.4 | Arquivo: DOCS | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2662553IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALPROTOCOLADAAnexo022.pdf | Público |
| 42.5 | Arquivo: DOCS | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2662553IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALPROTOCOLADAAnexo023.pdf | Público |
| 41 | 05/03/2020 13:21:40 | LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 05/03/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 36) JUNTADA DE LAUDO (04/03/2020) e ao evento de expedição seq. 37. | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador |
| 40 | 04/03/2020 16:27:54 | RENÚNCIA DE PRAZO DE ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (04/03/2020) LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA) em 04/03/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 36) JUNTADA DE LAUDO (04/03/2020) e ao evento de expedição seq. 38. | VALDENOR ALVES GOMES Advogado |
| 39 | 04/03/2020 16:26:40 | EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 36) JUNTADA DE LAUDO (04/03/2020) | VALDENOR ALVES GOMES Advogado |
| 38 | 04/03/2020 12:58:17 | EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 36) JUNTADA DE LAUDO (04/03/2020) | Eduarda Araujo de Oliveira Estagiário |
| <div>[+]</div> 36 | 04/03/2020 12:57:58 | JUNTADA DE LAUDO | Eduarda Araujo de Oliveira Estagiário |
| 35 | 05/02/2020 11:36:11 | RENÚNCIA DE PRAZO DE ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA Referente ao evento JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (14/01/2020) | VALDENOR ALVES GOMES Advogado |
| <div>[+]</div> 34 | 05/02/2020 11:32:00 | JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (15/01/2020) DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A | VALDENOR ALVES GOMES Advogado |
| 33 | 05/02/2020 00:04:28 | (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 22) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (14/01/2020) e ao evento de expedição seq. 23. | SISTEMA CNJ |
| <div>[+]</div> 32 | 03/02/2020 08:38:48 | JUNTADA DE OUTROS LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA | LIANE FLORIANO DIAS Estagiária |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08337972420198230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Assim, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas a perícia com o escopo de ser apurado o *quantum* devido em decorrência da lesão suportada.

DESTE MODO, A RÉ PROCEDEU COM O PAGAMENTO DA VERBA INDENITÁRIA NA MONTA DE R\$1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS) , VALOR ESTE CORRESPONDENTE AO PERCENTUAL DA INVALIDEZ PARCIAL E PERMANENTE APRESENTADA PELA PARTE AUTORA EM SEDE ADMINISTRATIVA.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

APÓS A PERÍCIA MÉDICA, O LAUDO INDICOU A SEGUINTE LESÃO:

b.2 ☒ Parcial Incompleto (dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, §1º do art. 3º, da Lei 6.194/74, com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento anatômico Marque aqui o percentual

1ª Lesão membro superior direito ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☒ 75% Intensa

2ª Lesão

NO ENTANTO, FRISA-SE QUE ALUDIDA VERIFICAÇÃO REALIZADA NA SEARA ADMINISTRATIVA É REALIZADA POR PROFISSIONAL IMPARCIAL E TECNICAMENTE COMPETENTE, OBEDECENDO OS ESTRITOS LIMITES DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL.

DESSA FORMA, TOTALMENTE DIVERGENTE A CONCLUSÃO DO PERITO JUDICIAL, CUJO LAUDO A RÉ IMPUGNA TOTALMENTE, DEVENDO SER ACOLHIDO O LAUDO ADMINISTRATIVO QUE SE TRAZ A DEMANDA.

DO EQUIVOCADO ENQUADRAMENTO NA TABELA

Em que pese a invalidez permanente indicada no laudo pericial, cabe observar que não foi atendida na íntegra a tabela de graduação prevista na lei.

ISSO, PORQUE CONFORME SE EXTRAÍ DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA, A LESÃO AFETOU O TORNOZELO DA VÍTIMA.

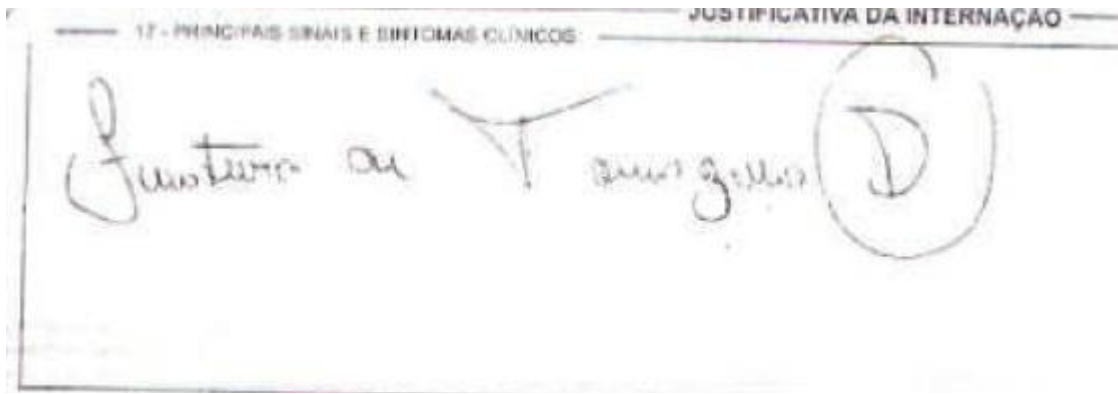
Dr. Diogo Pereira - Dr. César

Tumor contuso em tornozelo (D) por queda de

A partir da lesão de tornozelo (D) de 2x.

C.D. Instituto Hospitalar

[Assinatura]



QUANTO A ISSO, VALE ESCLARECER QUE HÁ PREVISÃO ESPECÍFICA NA TABELA, QUANDO O SEGUIMENTO DO CORPO É TORNOZELO:

| Danos Corporais Previstos na Lei | Total (100%) | Intensa (75%) | Média (50%) | Leve (25%) | Residual (10%) |
|--|--------------|---------------|--------------|------------|----------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar | R\$ 3.375,00 | R\$ 2.531,25 | R\$ 1.687,50 | R\$ 843,75 | R\$ 337,50 |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou <u>tornozelo</u> | | | | | |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral | | | | | |

Com isso, requer a correta aplicação da tabela, de acordo com o enquadramento do **TORNOZELO**, uma vez que a limitação não ocasionou a limitação de todo o membro, mas tão somente do seguimento **TORNOZELO**.

Portanto, deve ser observado o devido enquadramento, conforme o seguimento do corpo acometido pela invalidez permanente, de modo que perito deve fazer a relação, tabela-seguimento corporal, indicando o enquadramento conforme previsto, de acordo com a lesão apurada.

CONCLUSÃO

Diante disso, requer que seja intimado o perito para que refaça o laudo pericial com a graduação correspondente ao seguimento acometido, ou alternativamente, que este juízo proceda com a aplicação da tabela, de acordo com o enquadramento da tabela confirme quadro acima.

Caso não seja o entendimento de V.Exa., requer o acolhimento do laudo pericial administrativo em anexo, o qual indica o enquadramento correto conforme previsto, de acordo com a lesão apurada.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 6 de março de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190532698 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA **Data do acidente:** 21/07/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO TIBIAL DIREITO.

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

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

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 MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PG 8 - CIRURGIA
PG 30 A 38 - EXAMES DE IMAGEM

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 completa da mobilidade de um tornozelo | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190532698

Vítima: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA

Data do Acidente: 21/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA

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: **ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000002084-2**

Conta: **000001000475-6**

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, 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



Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190532698

Vítima: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA

Data do Acidente: 21/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA

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



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: 346.001.913-15 4 - Nome completo da vítima: ALZENIR TEIXEIRA MOURÃO DAS ROSEIRA

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

5 - Nome completo: ALZENIR TEIXEIRA MOURÃO DA SILVA ROSEIRA 6 - CPF: 346.001.913-15
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: RUA: PLAMBOIAN 9 - Número: 511 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: JARDIM PRIMAVERA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-184
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 451991705016

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todas os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2084 CONTA: 1000475-6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 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 extensão das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão legível da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 11/09/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
da Silva Roseira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 104/2019/DAT - Boa Vista - RR, em 03/05/2019.

COMUNICANTE: ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO

RG: 109794 SSP/RR CPF: 346.001.913-15 NATURALIDADE: CODÓ-MA

ENDEREÇO: RUA FLAMBOIÃO, Nº 511 - JARDIM PRIMAVERA

CIDADE: BOA VISTA ESTADO: RORAIMA

SEXO: FEMININO PROFISSÃO: AGRICULTURA

DATA DE NASCIMENTO: 05/01/1968 IDADE: GRAU DE INST: ENS. MÉDIO COMP.

ESTADO CIVIL: CASADA TELEFONE: 991705016 Nº REG. CNH: 1415847328

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE: MARIA JOSE DA SILVA MORÃO

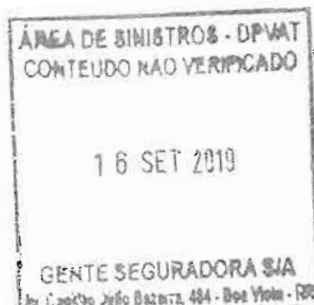
O comunicante, que é habilitada, compareceu nesta Delegacia Especializada, para informar que 'que no dia 21/07/2019, aproximadamente às 19:00 horas, quando seguia pela Avenida Mário Homem de Melo, Bairro Santa Tereza, sentido Bairro, conduzia a MOTOCICLETA BIZ 125 EX, PLACA NAV 8788, CHASSI 9C2JC4830FR006409, de propriedade de JOSÉ DA SILVA ROSEIRA, quando na ocasião um veículo (CARRO) de PLACA e condutor não identificados, que fazia uma manobra para entrar na garagem, cruzou na frente do veículo conduzido pela comunicante, fazendo com que a mesma efetuasse uma freada brusca, perdendo o controle do veículo vindo a mesma a cair. Informa ainda que em decorrência da queda veio a fraturar a perna e o tornozelo, ambos do lado direito. Segundo a comunicante, foi conduzido ao HGR pelo SAMU para atendimento médico e que este registro é para fins de SEGURO DPVAT, bem como PREVIDÊNCIA SOCIAL. É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA.

CARLOS REGES CUNHA

- Agente de Polícia
Mat: 042000372

ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO
Comunicante



O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que daí origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação 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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 346.001.913-15 4 - Nome completo da vítima: ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO DAS ROSEIRA

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

5 - Nome completo: ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO DA SILVA ROSEIRA 6 - CPF: 346001913-15
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: RUA FLAMBOIAN 9 - Número: 511 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: JARDIM PRIMAVERA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-184
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 951991705016

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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO PAIS CURADOR/TUTOR

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

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

AGÊNCIA: 2084 CONTA: 1000475-6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO: _____

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.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou que não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou que o IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ 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 no documento ora apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões, bem como a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteira ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúva ☐ Outra

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairnascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista-RR 11/09/19
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
da Silva Roseira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Bravo II

Unidade:

Equipe:

Bombrão Natalino



Paciente: ALZEMIRA TEIXEIRA MOURÃO

Idade: 50 Sexo: F

Endereço: Av. Mario H. Melo

Sta. Tereza

Nº 13 589

DATA 21/07/18

HORA: 19:15

Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) GRM:

Dr. J. J. J.

19:17

MOTIVO:

X SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NO LOCAL [] OUTRO Trauma

AUTOMÓVEL

Cinto [] SIM [] NÃO

Vítima [] projetada

[] encarcerada

Air Bag: [] SIM [] NÃO

Motorista: []

Passageiro: []

[] dianteiro

[] traseiro

[] Capotamento

[] Atropelamento

[] Colisão

MOTO:

[] Condutor

[] Carona

Capacete: [] SIM [] NÃO

[] queda

[] Atropelamento

[] Colisão

BICICLETA:

[] Condutor

[] Carona

[] queda

[] Atropelamento

[] Colisão

VIOLÊNCIA

[] FAB

[] PAF

Espancamento

[] Violência Doméstica

[] Violência Sexual

[] Tentativa de suicídio

[] Outro:

OUTROS

[] Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto

[] Queda, Altura aprox.:

[] Acidente Doméstico

[] Queimadura Agente

[] Agressão p/ animal

[] Outros:

AVALIAÇÃO INICIAL

Vias Aéreas

[] Dispneia

[] Bradipneia

[] Taquipneia

[] Resp. Ruidosa

[] Obstruída

[] Apnéia

[] Outro:

Ventilação

[] M.V. Diminuído

[] M.V. Ausente

[] Hipertimpanismo

[] Maciez

[] Farida Aspirativa

[] Espontânea

Circulação

[] Bradicárdico

[] Taquicárdico

[] Arritmico

[] Enchimento

capilar acima de 2"

[] Ausente

[] SIA

Aval. Neurológica

[] AVDN

[] Miose

[] Midriase

[] Anisocoria

[] Otorrêa

[] Otorragia

[] Rinorragia

[] Aparentemente alcoolizado

[] DNV

SINAIS VITAIS E ESCORES

| Hora | P.A mm/hg | F.C bpm | F.R Mpm | Set O ₂ % | T. Aux °C | Glicemia | Trauma | APGAR |
|--------|-----------|---------|---------|----------------------|-----------|----------|--------|-------|
| Início | 144/90 | 100 | 20 | 100 | | | 13 | |
| Fim | 144/80 | 96 | 20 | 99 | | | | |

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

| Pele | Cabeça | Face | Pescoço | Tórax | Abdome |
|--|--|---|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input checked="" type="checkbox"/> Quente <input checked="" type="checkbox"/> Pálida <input checked="" type="checkbox"/> Fria <input checked="" type="checkbox"/> Úmida <input checked="" type="checkbox"/> Seca <input checked="" type="checkbox"/> Cianótica | <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante | <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular | <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo | <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento | <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração |
| Pelve | Coluna Dorsal | Membros | | | |
| <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade | <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor | <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Filuter | <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação entricular <input type="checkbox"/> Assístolia | <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto | <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecçiosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outra | <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso | <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros |
|---|---|---|---|--|--|

GRAVIDADE COMPROVADA

[] ILESO
[] SEVERA[] PEQUENA
[] MORTE[] MÉDIA
[] INDETERMINADA

[] OUTRO

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Dr. Marcos Felipe Diniz
Médico
CRM/RR 13869

MULTIPLS MEIOS ACIONADOS

☒ Polícia Militar NBA 9057
☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN
☐ Bombrão
☐ Outros:
SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL

[] Iniciada as: [] Término as:

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

Brasileira

23/05/19

Stephanie

☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
☐ Obs.:

DESTINO

- ☐ Atendido no local
☒ Trauma HGR
☐ Pronto Atendimento
☐ Coronel Mota

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 SET 2019

- ☐ Cosme e Silva
☐ HCSA
☐ Maternidade
☐ Outros

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 03/05/19
Stephanie
Ribeiro

| | | |
|---------------------|--|----------------------|
| ERTENÇA DO PACIENTE | Descrição: | GENTE SEGURADORA SIA |
| | Nome do Receptor: | |
| | Função do Receptor: | |
| | Assinatura do Receptor: | |
| TERMO DE RECUSAS | Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade: | |
| | Assinatura do Paciente: | RG: |

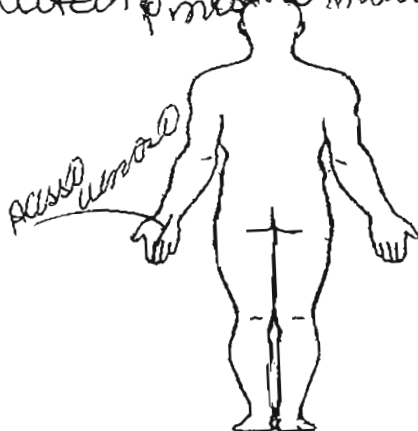
Obs.: 19:15H. Juntos acionados para atendimento ocorrência de acidente de trânsito; onde de fato ocorreu, encontramos a paciente em decubito dorsal, realizada protocolo de trauma, pança rígida, dor cervical, imobilização do membro, pulso esquerdo calibroso, com medicação conforme orientações do médico regulador, DSVU estável,

| ESCALA DE COMA DE GLASGOW | | | | ESCORE DO TRAUMA | | | |
|---------------------------|-------------------------|-------------------------|--------|-------------------------------------|---------|---|--|
| Abertura Ocular | Adulto | Menores de 5 anos | Escala | Frequência Respiratória (mov / min) | | | |
| | | | | | | | |
| Abertura Ocular | Abre espontaneamente | Abre espontaneamente | 4 | Frequência Respiratória (mov / min) | 10 - 24 | 4 | |
| | Com estímulos auditivos | Com estímulos auditivos | 3 | | 25 - 35 | 3 | |
| | Com estímulos dolorosos | Com estímulos dolorosos | 2 | | ≥ 36 | 2 | |
| | Não abre os olhos | Não abre os olhos | 1 | | 01 - 09 | 1 | |
| Resposta Verbal | Orientado | Barbúcia | 5 | Pulso Sistólico (mmHg) | 0 | 0 | |
| | Confuso | Choro irritado | 4 | | > 90 | 4 | |
| | Palavras Inapropriadas | Choro a dor | 3 | | 70 - 89 | 3 | |
| | Sons ou gemidos | Gemido a dor | 2 | | 50 - 69 | 2 | |
| Resposta Motora | Nenhuma | Nenhuma | 1 | Base de Glasgow (lesões) | 01 - 49 | 1 | |
| | Obedece solicitações | Movimentos espontâneos | 6 | | 0 | 0 | |
| | Localiza a dor | Retira ao toque | 5 | | 14 a 15 | 5 | |
| | Flexão normal | Retira a dor | 4 | | 11 a 13 | 4 | |
| Resposta Motora | Flexão anormal | Flexão normal | 3 | Base de Glasgow (lesões) | 8 a 10 | 3 | |
| | Extensão a dor | Flexão anormal | 2 | | 5 a 7 | 2 | |
| | Nenhuma | Nenhuma | 1 | | 3 a 4 | 1 | |
| | | | | | | | |
| ESCALA DE GLASGOW | | | | ESCORE DO TRAUMA | | | |

ps os procedimentos supra citados paciente encaminhada. o trauma com vida.

Obs. informo que R NBA 9057 da PM nessa UTE foi atendida pelo comandante da milícia e mesmo muito atestado com a paciente.

a qual foi protegida equipe da Prava, ventriculares ameaça parte do militar do consta no livro da ocorrência anexa a Ficha. Outros resumos Estabelecimento



Beleza Santa Magalhães Pereira
Téc. de Enfermagem/Instrumentadora Cirúrgica
COREN-RR 418571-TEC

GESTANTE

3 p/semana: Movimentos fetais:

erda de líquido: BCF:

] Com cartão [] Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

2 ataduras de 20 cm
2 dupes, 01 mgul 40mg
01 seringa de 20ml, 01 jato 1g



Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0039413-0

Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 369/13

Nº da Nota Fiscal 003463740

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.433 de 26 de abril de 2002.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

| CONTA MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|------------|---------------|---------------------|
| GOSTO/2019 | 06/09/2019 | 297 | 235,90 |

LZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA

FLAMBOIAN 511 JARDIM PRIMAVERA

PF: 00034600191315

EP: 69.314-184 - BOA VISTA

ROT: 11.001.19.02.097900

| DADOS DA LEITURA | | kWh | kVarh | DATAS DA LEITURA | |
|----------------------------|-------|--------|-------------------|--------------------|------------|
| Atual | 42200 | | | Atual | 20/08/2019 |
| Anterior | 41963 | | | Anterior | 18/07/2019 |
| Constante de Multiplicação | 1,000 | | | Próxima Leitura | 19/09/2019 |
| Consumo Medido | 297 | | | Emissão | 16/08/2019 |
| Consumo Faturado | 297 | | FCAH | Apresentação | 20/08/2019 |
| Porta de Estacionamento | | NORMAL | Faixa de Potência | Unidade de Consumo | 33 |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | | | | | |
|------------------------------|---------|----------------|-----------|-------------|----------------|
| Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Fat. | Média 12 meses |
| ESID: 8X: RENDA | B1 | E2827640 | N 1511330 | 1.4.1.2 | 422 |

| HISTÓRICO kWh | | DESCRIÇÃO DA CONTA | |
|-----------------|---------|--------------------------------|-------|
| Mês/ano consumo | CONSUMO | 30 A R\$ 0,264933 = | 7,94 |
| JUL/19 361 | | 70 A R\$ 0,454166 = | 31,79 |
| JUN/19 229 | | 120 A R\$ 0,681256 = | 81,75 |
| MAI/19 431 | | 77 A R\$ 0,756944 = | 58,28 |
| ABR/19 492 | | SUBVENCAO BAIXA RENDA - | 49,74 |
| MAR/19 429 | | CORRECAO MONETARIA DA 06/19-00 | 0,01 |
| FEV/19 390 | | COACAO LBV - 0800 0555099 | 22,00 |
| JAN/19 338 | | CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00 | 1,56 |
| DEZ/18 401 | | MULTA POR ATRASO DE I 06/19-00 | 1,51 |
| NOV/18 564 | | JUROS DE MORA POR ATR 06/19-00 | 0,33 |
| OUT/18 584 | | MULTA POR ATRASO 06/19-00 | 3,30 |
| | | JUROS DE MORA DE IMPO 06/19-00 | 2,20 |
| | | ILUMINACAO PUBLICA | 25,23 |

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mês/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04/05/2019, o não pagamento poderá acarretar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

IGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 22FD.E0AA.4538.8D57.B097.CD4F.02800.1BAA

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ | |
|---------------------------|-------|-------------------------|--------|
| Distribuição | 45,71 | Base de Cálculo | 179,76 |
| Energia | 96,91 | Alíquota ICMS | 17,00% |
| Transmissão | 0,00 | Valor do ICMS | 30,55 |
| Encargos | 5,03 | Valor do PIS | 0,27 |
| Tributos | 32,11 | Valor do COFINS | 1,29 |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE | | | | | | | |
|-----------------------------|------|-------|-------|------|-------|-------|------|
| | ENC | FC | DMC | ENC | | | |
| | 9,24 | 18,49 | 36,99 | 8,46 | 16,92 | 33,84 | 4,99 |
| | 0,88 | | | 5,00 | | | 0,26 |

| | | |
|----------|---------|-------|
| FLORESTA | 06/2019 | 53,39 |
|----------|---------|-------|

ROT: 11.001.19.02.097900



Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ené Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0039413-0

TOTAL A PAGAR - R\$

235,90

MÊS FATURADO

08/2019

VENCIMENTO

06/09/2019

Nº da Nota Fiscal: 003463740 FCAH

83690000002 4 35900075000 0 00000000039 8 41300819008 9



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose da Silva Roseira

RG nº 109799, data de expedição 05/09/2018

Órgão SSP, portador do CPF nº 272.166.40349 com domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de

Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua: Flamboyant, nº 511

complemento J. Primavera declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Alzenir Teixeira Mourão da Rosa cujo o condutor era

Alzenir Teixeira Mourão da Rosa

Jose da Silva Roseira

Veículo: MOTO 2014/2015

Modelo: Biz 125 EX

Ano: Branca 2014/2015

Placa: NAV 8788

Chassi: 9C2JC4830FR006409

Data do Acidente: 21/07/2018

Local e Data: AV. MARIO HOMEN DE MELO Santa Tereza
21/07/2018

Jose da Silva Roseira

Assinatura do Declarante

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



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



| | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------------------|--|--|--|-------------------------|---------------|-----------------|-------------|----------------|--|
| 1800984782 | | 21/07/2018 21:08:14 | | FICHA DE ATENDIMENTO | | | TRAUMATOLOGIA | | NOTURNO 19- | | |
| Paciente | | | | Data Nascimento | | Idade | | CNS | | CPF | |
| ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO DA S. ROSEIRA | | | | 05/01/1968 | | 50 A 6 M 16 D | | 704200262859888 | | 34600191315 | |
| Tipo Doc | | Documento | | Órgão Emissor Data Emissão | | Sexo | | Estado Civil | | Raça/Cor | |
| IDENTIDADE | | 109794 | | F | | NAO | | PARDA | | CODO - MA | |
| Mãe | | | | MARIA JOSÉ DA SILVA MOURÃO | | HONÓRIO TEIXEIRA MOURÃO | | Contato | | (95) 36274-305 | |
| Endereço | | | | RUA - FLAMBOIAN - 511 - JARDIM PRIMAVERA - BOA VISTA - RR | | | | Ocupação | | AUTÔNOMO | |
| Class. de Risco | | Plano Convênio | | Nº da Carteira | | Validade | | Autorização | | Sis Prenatal | |
| | | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | | | | | | | | | |
| Motivo do Atendimento | | Caráter do Atendimento | | Profissional do Atend. | | Procedência | | Temp. | | Peso | |
| ACIDENTE DE MOTO | | URGÊNCIA | | | | | | | | | |
| Setor | | Tipo de Chegada | | Procedimento Sol. | | | | Registrado por: | | LEILSON.SOUSA | |
| GRANDE TRAUMA | | DEMANDA ESPONTANEA | | | | | | | | | |
| Queixa Principal | | | | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue | | | | | | | |
| Anamnese de Enfermagem | | | | GSC | | | | TOTAL | | | |
| | | | | AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 | | | | 15 | | | |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) Paciente trazida pela mãe com relato de imobilização progressiva (pernas + tronco superior). Última de acidente automobilístico (Moto + carro). Relato de uso de capoteiro. Nega vômitos, diarreias e perda de consciência. | | | | | | | | | | | |
| Exame Físico | | | | | | | | | | | |
| A - VAP axil ar com ruídos | | | | | | | | | | | |
| B - MVE com RA | | | | | | | | | | | |
| C - IDT com hipoventilação PE: 85 bpm | | | | | | | | | | | |
| Hipótese Diagnóstica | | | | | | | | | | | |
| D - glândula 13 pupilos isocóricas e reativas | | | | | | | | | | | |
| E - Fraturas em perni. (D) | | | | | | | | | | | |
| SADT - Exames Complementares | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: | | | | | | | | | | | |
| PRESCRIÇÃO | | | | | | APRAZAMENTO | | | OBSERVAÇÃO | | |
| 1) Tenoxicam 40 mg EV | | | | | | | | | | | |
| 2) Dipiridamol 150 mg EV | | | | | | | | | | | |
| 3) Transfusão de SANGUE DE PLASMA + SF 90% 30ml | | | | | | | | | | | |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO | | | | | | | | | | | |
| 16 SET 2019 | | | | | | | | | | | |
| GENTE SEGURADORA S/A | | | | | | | | | | | |
| Condição | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Alta a Pedido | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Alta a Revelia | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Transferência para: <u>Ortopedia</u> | | | | | | | | | | | |
| óbito | | | | | | | | | | | |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | | | | | | | | | |
| Destino: <input type="checkbox"/> Família | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica | | | | | | | | | | | |

Impresso por: leilson.sousa
Data Hora: 21/07/2018 21:09:44



Ortopedia - Dr. Eldor

Uma centena em tangerino (D) por queda de
A punta fratura de tangerino (D) no RL.
CD: Intussuscepção

Dr. Eldor
Ortopedia e Traumatologia
R. R. 200

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 SET 2019
GENTE SEGURO S/A
Av. Capitão João Dantas, 434 - Boa Vista - RJ

HOSPITAL GERAL DE NOVA BRASÍLIA
Dr. Elio Eduardo Gomes, S/N
R. Planalto Tel (55) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
73 MAR 2020
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº 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, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRIMÁRIO, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - 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)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE SAÚDE

UNIDADE / SETOR

NOME DO PACIENTE

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

União H4S DM 2 Alameda

QUARTO

LEITO

Melguirina T. Vieira - número da Cédula Quirina

DATA / HORA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

OBSERVAÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL GERAL DE HORAIHA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 5/1
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

23 ABR. 2013

Nº DE REGISTRO

Fico e Dou. Fê que a preser
ção é fiel Reprodução Orig
que foi apresentado nest Hosp

04.04.13

1. Dieta Duval. lim.

1

06. PA = 128/73

2. ALV. Duval. lim.

1

P = 72

3. Digiquirina 40 (L.V) 6/6 H.

2

T = 36,5°C

4. Digiquirina 160 (L.V) 43/12 H (DL/AS)

2

22

5. Urina 100 ml + 100 ml (C) 09, (C) 10 H

2

22

6. Urina 100 ml (C) 818 H

2

22

7. G/G + S/VB

2

22

8. do Bloco

2

22

Reinaldo Rezende
Médico Residente em Clínica Médica
CRM 1207

Regulado
para leito

Regulação Interna

20-13

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

23/13
PA: 141/88 PS: 75



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

13

de

| | | | | | |
|------------------|---|-----|------|------|-------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO DA SILVA PEREIRA | | | | |
| DIAGNÓSTICO | | | | | |
| ALERGIAS | HAS | | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | LEITO | | | DATA | 22/07/2018 |
| ÍTEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | OND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | montr |
| 3 | CEFALOTINA 1G EV 6/6H | | | | SUSPENSO |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | 027 14/15 |
| 5 | DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN | | | | 22:30 SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SN 12:15 02 |
| 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) | | | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | Rotina |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIARIO | | | | m |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). | | | | |
| 19 | CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; | | | | |
| 20 | 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% | | | | |
| | 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (68) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
73 ABR. 2018
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado nesta Hospital

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Handwritten signature and stamp

| | PA. | PC. | FR. | T.C. |
|---------------|--------|-----|-----|--------|
| SINAIS VITAIS | | | | |
| 6 H | 130x70 | 72 | 20 | 36,3°C |
| 12 H | 133x66 | 69 | 19 | 36°C |
| 18 H | 110x60 | 68 | 19 | 36°C |
| 24 H | 131x75 | 73 | 19 | 36,1°C |

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

17:30hs - Realizado procedimento de rotina SSVV, adm. med. e pm. Segue os cuidados de enfermagem

L-13

Tereza R. A. Batista
Téc. Enfermagem
COREN-RR 71579



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HGR
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH.

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

13

DATA

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 DAPIRONA 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 DIARIO

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 ≥ 300 Fé que a presente

40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Sítio - Eduardo Correia, S/N
Novo Planalto Tel. (93) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
23 ABR 2013
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentada no Hospital

CONCLUSÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

Paciente com alta em
Bom estado geral com
Pouco diurese. 9/08/13
Pax

Paciente não
alto hem.
em 16/05/13

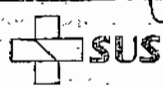
| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|------|--|
| 6 H | | | | |
| 12 H | 131/74 | 92 | 36.4 | |
| 18 H | | | | |
| 24 H | | | | |

MÉDICO RESIDENTE EM

ORTOPEDIA E

TRAUMATOLOGIA.

DO SEM INTERFERÊNCIA DO PERÍODO DE
CUIDADOS DA ENFERMAGEM
Dionísio Costa da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN - 664 181



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: HCA

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: HCA

4 - CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: ALZÉIR TELÓRIO NUNES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 466903

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 91042101021628519888

8 - DATA DE NASCIMENTO: 05/01/68

9 - SEXO:

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Wanda José da Silva Moraes

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua Flamboyant - 511 - Jardim Primavera

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Boca Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: TRR

15 - UF:

16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Sóte acidente, queimadura e laceração profunda do tornozelo de

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Per parac de

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Fratura pilão tibial neta

21 - CID 10 PRINCIPAL:

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTÉUDO NÃO VENCIDO
16 SET 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Baptista, 434 - Boa Vista - RJ

ATA DE AUTENTICAÇÃO
Novo Flandre Tel (02) 2141-0020
AUTENTICAÇÃO
7.3.2019
Certifico e Dou fé que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentada ao meu Conselho

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Osteosintese pilão tibial neta

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA: Cirurgia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

28 - DOCUMENTO: () CNS (X) CPF

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 5115195316137115

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: José A. Lopes Assun

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 09/08/18

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO:

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO:

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO:

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - Nº DO BILHETE:

38 - CNPJ EMPRESA:

39 - CNAE DA EMPRESA:

40 - CBO:

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO (X) EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:

45 - DOCUMENTO: () CNS (X) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 9/8/18

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 09080505435823



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

ALZAGUIR
TELXORH NOUN

Data: 05.06.18

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

FRACTURA CÍRCULO PÍLAO TIBIAL UNL

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

ORTOPLASTIA PÍLAO TIBIAL UNL

COMPLICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

0 UNL

QUIRURGIÃO:

Dr. Jern

1º AUXILIAR:

Dr. C. Eirós

AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

AUXILIAR:

ANESTESIA:

R404

ANESTESISTAS:

Dr. C. Eirós

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

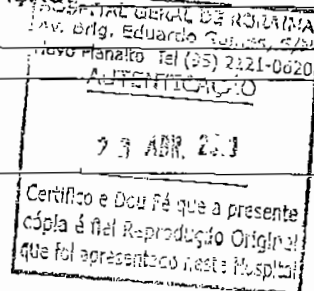
RELATÓRIO CIRÚRGICO

Paciente anestesiado,
Aséptico, antéptico, lavado
Cirurgia estéril
Incisão lateral, de 10cm até mola do tornozelo,
Redução e fixação com placa 1/2 com 05 parafusos
+ 03 parafusos corticais + 02 parafusos de bloqueio
Incisão medial, de 10cm até mola do tornozelo
Redução e fixação com placa 1/2 com 05 parafusos
+ 02 parafusos de bloqueio
Mala, et al.

DE SINISTROS - DPVAT
TEUDO NÃO VERIFICADO

16 SET 2019

DE SEGURADORA S/A
Rua João Camargo, 484 - Boa Vista - RR



Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 585

Carlos Eduardo La Rosa
Médico
CRM-RR 483



Eletiva / Ortopedia.

HOSPITAL DO ESTADO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

FOLHA DE ANE

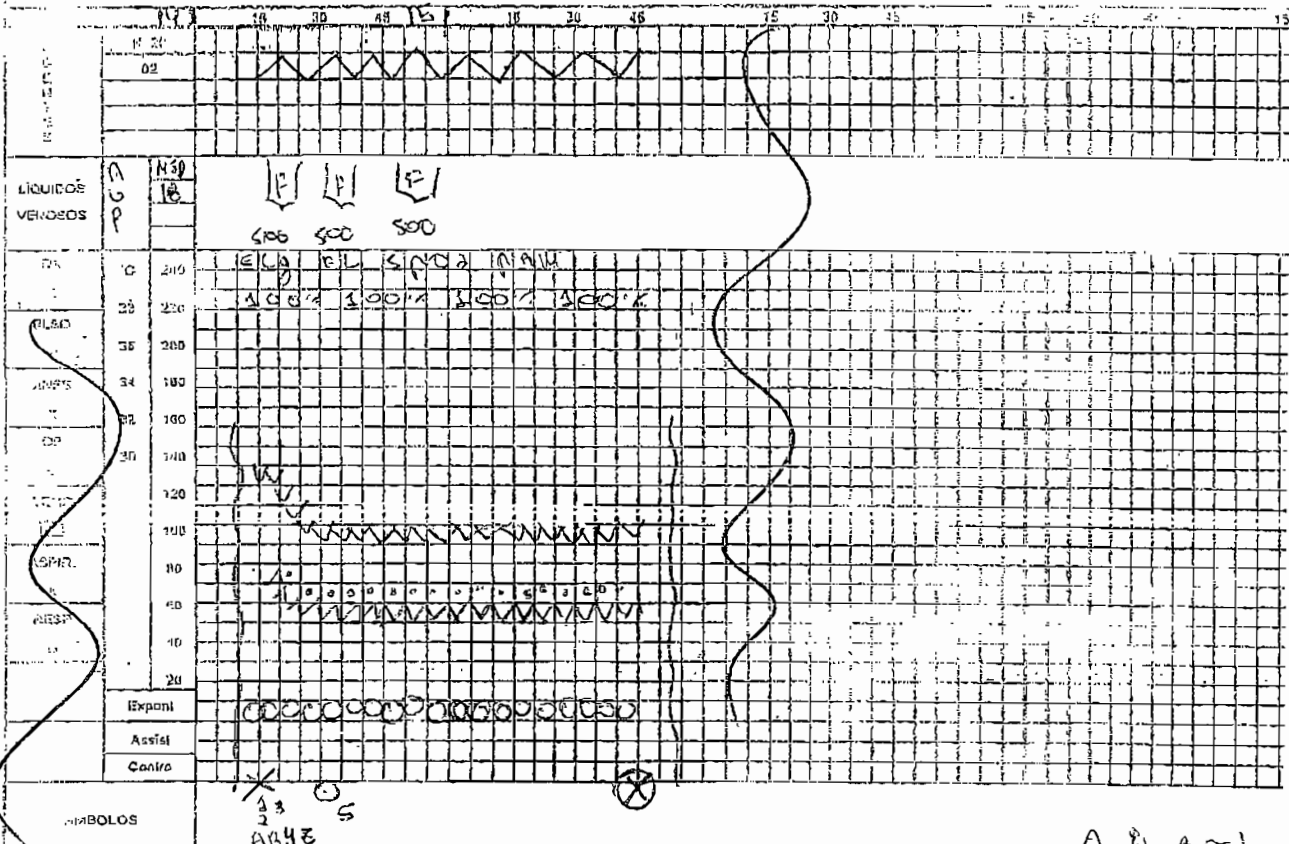
DIZENIRA TEIXEIRA NOURÃO, SOA

09.08.15

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

- midazolam 5 mg (10)
- fentanyl 100 mcg (10)

Boa Vista - RR



| AGENTES | DOSES | TECNICA | ANOTACOES |
|--|----------|-------------------------------------|-------------------------|
| A. Propofol 0.5 - 1.5 mg | | Anestesia total hiperbarica | X - Normotomica no posu |
| B. | | Lactato 500 mg 13-14 | e os em algum |
| C. | | U de oximetria 16 ml | 1 - Hiperot e hiperot |
| D. | | midazolam 500 mcg | de oximetria |
| E. | | esponjoso | |
| F. | | | |
| G. | | | |
| QUADRO | LIQUIDOS | Canula - Mão / Oito Fingos em algum | 2 - Bloqueio de nervo |
| Nº 1 | | Nº 2 / Oito Fingos - Caga | com hiperotomica. |
| Nº 3 | | Sal - Tampo - Coltra de Tuso | 3 - Oximetria 10 mg IV |
| Nº 4 | | Sob Máscara | 4 - Propofol 5 mg (10) |
| Nº 5 | | Dificuldade Técnica | 5 - Tilatal 40 mg (10) |
| SP 0.9 - 1500 | | | 6 - Cetastim 16 (10) |
| 1500 ml | | TEMPO DE ANESTESIA | |
| 14-15 | | 15:45 | |
| Osteossintese a altura de pilão tibial (D) | | | |
| ANESTESIA | CÓDIGO | QUIRURGO | PENSA SANGUINEO |
| DR Evelyn | | DR Jesus / Welson | |

Dr. Evelyn Fernandes
Médica CRMRR 1424
Anestesiologista RQE 181

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (93) 2121-0620
AUTENTICACAO

73 ABR 2015

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Rep. dução Origin...

AO SAA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

50 Unids.

| | | | |
|----------------------------------|---------------|------------------|------------|
| NOME DO PACIENTE | APT OU LEITO | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA |
| Leiziana Teixeira Mourão da Rosa | Bloco A 15-01 | | 09/08/2016 |
| CIRURGIA | | | |

| | | | |
|----------------------------------|------------------|-------|-------------|
| TIPO | TEMPO DE DURAÇÃO | | |
| Prostite de Fratura de tornozelo | INICIO | FIM | TEMPO TOTAL |
| Palat. Tabaco | 14:25 | 15:35 | |

| | | | |
|---------------------|----------------|----------------|---------------|
| ANESTESISTA | RES. ANESTESIA | INSTRUMENTADOR | CIRCULANTE |
| Dr. Jesus | Dr. José Vitor | Yank | Elizangela M. |
| Dr. Carlos Henrique | | | Isa |

| | |
|----------------------|-------------------------|
| DE ANESTESIA: Raquel | TEMPO DE DURAÇÃO: 14:01 |
|----------------------|-------------------------|

| QNT. | MATERIAIS | VALOR | QUANT | MEDICAMENTOS | VALOR |
|------|-----------------------------|-------|-------|------------------------------|--------|
| | PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID. | | 1 | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO | 500 ml |
| | PACOTES GAZE | | | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO | |
| | LUVA ESTERIL 7.0 | | | FRASCOS- SORO GLICOSADO | |
| | LUVA ESTERIL 7.5 | | | FIO VICRYL Nº | |
| | LUVA ESTERIL 8.0 | | | FIO MONONYLON Nº | |
| | LUVA ESTERIL 8.5 | | | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº | |
| | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS | | | FIO CATGUT SIMPLES Nº | |
| | LÂMINA BISTURI Nº 15 | | | FIO CATGUT CROMADO Nº | |
| | DRENO DE SUÇÃO Nº | | | FIO PROLENE Nº | |
| | DRENO DE TORAX Nº | | | FIO SEDA Nº | |
| | DRENO DE PENROSE Nº | | | | |
| | SERINGA 01ML | | 1 | SURGICEL Algodão 20 cm | |
| | SERINGA 03ML | | 1 | CERA P/ OSO | |
| | SERINGA 05 ML | | 1 | KIT CATAPATA Nº 01 | |
| | SERINGA 10ML | | 1 | GEOFOAM Cloroquina 100-100mg | |
| | SERINGA 20ML | | 1 | FITA CARDIACA Crotiles P/ 02 | |
| | Elizangela | | 1 | OUTROS: Alcool 70-100ml | |

| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS | | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE | | VALOR |
|---|--------------------|---------------------------------------|--|-------|
| INSTRUMENTADOR (A) | ENFERMEIRA CHEFE | MATERIAL MEDICAMENTOS | | |
| | Ribeiro | SUB- TOTAL | | |
| | Luciene | TAXA DE SALA | | |
| PRONTUÁRIO/CALCULOS | CIRCULANTE DE SALA | TAXA DE ANESTESIA | | |
| | Elizangela M. | SOMA | | |
| | Isa | ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE | | |

Certifico a Dou. R. que a presente cópia é fiel reprodução Original e que foi apresentado neste Hospital



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA BUCO MAXILO FACIAL

Tipo Cirurgia:

Osteossintese de Fratura de Tornozelo (D)
Placas Tibiais

Data: 09/08/2018

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Elizandra Teixeira Mendes da S. Reseira Idade 50 anos

Bloco: A Enfermaria 114 Leito: 01

Caixa: Pequenos fragmentos Nº _____

Circulante: Elizangela M. Isaac Sala IV

Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

Placas 1/3 de comprimento 5 parafusos

Parafusos espongiosos nº 38 L nº 40 L nº 35 L

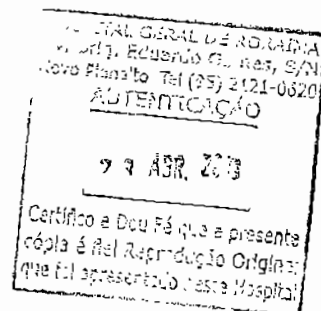
Ressaca 1

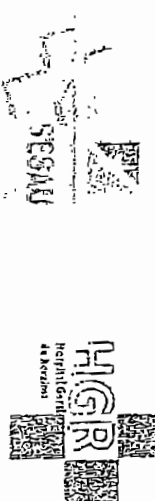

Dr. Jussara Lopez Aguiar
CRM-RR 566

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME





SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Alcyonina Teixeira Nunes da S. Pereira

Cirurgia 14:30

TRANSOPERATÓRIO

SRPA

| DADOS PRÉ-OPERATÓRIO | | TRANSOPERATÓRIO | | | | SRPA | |
|---|--------------------|---------------------------|------------------|------------|--------------------|--------------------------|--|
| Entrada na Sala | Início da Cirurgia | Início Anestesia | Término Cirurgia | Saída S.O. | Cirurgia Realizada | Anestesia | |
| 15:30 | 14:35 | 14:03 | 15:35 | | Ruguei | Of. de T. e Anest. 14:30 | |
| Chegada: <u>Bleu F</u> | | Anestesia: <u>Derivel</u> | | SRPA | | | |
| Intervenção: <u>1.2.3.4.5.6.7.8.9.10.11.12.13.14.15.16.17.18.19.20.21.22.23.24.25.26.27.28.29.30.31.32.33.34.35.36.37.38.39.40.41.42.43.44.45.46.47.48.49.50.51.52.53.54.55.56.57.58.59.60.61.62.63.64.65.66.67.68.69.70.71.72.73.74.75.76.77.78.79.80.81.82.83.84.85.86.87.88.89.90.91.92.93.94.95.96.97.98.99.100.101.102.103.104.105.106.107.108.109.110.111.112.113.114.115.116.117.118.119.120.121.122.123.124.125.126.127.128.129.130.131.132.133.134.135.136.137.138.139.140.141.142.143.144.145.146.147.148.149.150.151.152.153.154.155.156.157.158.159.160.161.162.163.164.165.166.167.168.169.170.171.172.173.174.175.176.177.178.179.180.181.182.183.184.185.186.187.188.189.190.191.192.193.194.195.196.197.198.199.200.201.202.203.204.205.206.207.208.209.210.211.212.213.214.215.216.217.218.219.220.221.222.223.224.225.226.227.228.229.230.231.232.233.234.235.236.237.238.239.240.241.242.243.244.245.246.247.248.249.250.251.252.253.254.255.256.257.258.259.260.261.262.263.264.265.266.267.268.269.270.271.272.273.274.275.276.277.278.279.280.281.282.283.284.285.286.287.288.289.290.291.292.293.294.295.296.297.298.299.300.301.302.303.304.305.306.307.308.309.310.311.312.313.314.315.316.317.318.319.320.321.322.323.324.325.326.327.328.329.330.331.332.333.334.335.336.337.338.339.340.341.342.343.344.345.346.347.348.349.350.351.352.353.354.355.356.357.358.359.360.361.362.363.364.365.366.367.368.369.370.371.372.373.374.375.376.377.378.379.380.381.382.383.384.385.386.387.388.389.390.391.392.393.394.395.396.397.398.399.400.401.402.403.404.405.406.407.408.409.410.411.412.413.414.415.416.417.418.419.420.421.422.423.424.425.426.427.428.429.430.431.432.433.434.435.436.437.438.439.440.441.442.443.444.445.446.447.448.449.450.451.452.453.454.455.456.457.458.459.460.461.462.463.464.465.466.467.468.469.470.471.472.473.474.475.476.477.478.479.480.481.482.483.484.485.486.487.488.489.490.491.492.493.494.495.496.497.498.499.500.501.502.503.504.505.506.507.508.509.510.511.512.513.514.515.516.517.518.519.520.521.522.523.524.525.526.527.528.529.530.531.532.533.534.535.536.537.538.539.540.541.542.543.544.545.546.547.548.549.550.551.552.553.554.555.556.557.558.559.560.561.562.563.564.565.566.567.568.569.570.571.572.573.574.575.576.577.578.579.580.581.582.583.584.585.586.587.588.589.590.591.592.593.594.595.596.597.598.599.600.601.602.603.604.605.606.607.608.609.610.611.612.613.614.615.616.617.618.619.620.621.622.623.624.625.626.627.628.629.630.631.632.633.634.635.636.637.638.639.640.641.642.643.644.645.646.647.648.649.650.651.652.653.654.655.656.657.658.659.660.661.662.663.664.665.666.667.668.669.670.671.672.673.674.675.676.677.678.679.680.681.682.683.684.685.686.687.688.689.690.691.692.693.694.695.696.697.698.699.700.701.702.703.704.705.706.707.708.709.710.711.712.713.714.715.716.717.718.719.720.721.722.723.724.725.726.727.728.729.730.731.732.733.734.735.736.737.738.739.740.741.742.743.744.745.746.747.748.749.750.751.752.753.754.755.756.757.758.759.760.761.762.763.764.765.766.767.768.769.770.771.772.773.774.775.776.777.778.779.780.781.782.783.784.785.786.787.788.789.790.791.792.793.794.795.796.797.798.799.800.801.802.803.804.805.806.807.808.809.810.811.812.813.814.815.816.817.818.819.820.821.822.823.824.825.826.827.828.829.830.831.832.833.834.835.836.837.838.839.840.841.842.843.844.845.846.847.848.849.850.851.852.853.854.855.856.857.858.859.860.861.862.863.864.865.866.867.868.869.870.871.872.873.874.875.876.877.878.879.880.881.882.883.884.885.886.887.888.889.890.891.892.893.894.895.896.897.898.899.900.901.902.903.904.905.906.907.908.909.910.911.912.913.914.915.916.917.918.919.920.921.922.923.924.925.926.927.928.929.930.931.932.933.934.935.936.937.938.939.940.941.942.943.944.945.946.947.948.949.950.951.952.953.954.955.956.957.958.959.960.961.962.963.964.965.966.967.968.969.970.971.972.973.974.975.976.977.978.979.980.981.982.983.984.985.986.987.988.989.990.991.992.993.994.995.996.997.998.999.1000.1001.1002.1003.1004.1005.1006.1007.1008.1009.1010.1011.1012.1013.1014.1015.1016.1017.1018.1019.1020.1021.1022.1023.1024.1025.1026.1027.1028.1029.1030.1031.1032.1033.1034.1035.1036.1037.1038.1039.1040.1041.1042.1043.1044.1045.1046.1047.1048.1049.1050.1051.1052.1053.1054.1055.1056.1057.1058.1059.1060.1061.1062.1063.1064.1065.1066.1067.1068.1069.1070.1071.1072.1073.1074.1075.1076.1077.1078.1079.1080.1081.1082.1083.1084.1085.1086.1087.1088.1089.1090.1091.1092.1093.1094.1095.1096.1097.1098.1099.1100.1101.1102.1103.1104.1105.1106.1107.1108.1109.1110.1111.1112.1113.1114.1115.1116.1117.1118.1119.1120.1121.1122.1123.1124.1125.1126.1127.1128.1129.1130.1131.1132.1133.1134.1135.1136.1137.1138.1139.1140.1141.1142.1143.1144.1145.1146.1147.1148.1149.1150.1151.1152.1153.1154.1155.1156.1157.1158.1159.1160.1161.1162.1163.1164.1165.1166.1167.1168.1169.1170.1171.1172.1173.1174.1175.1176.1177.1178.1179.1180.1181.1182.1183.1184.1185.1186.1187.1188.1189.1190.1191.1192.1193.1194.1195.1196.1197.1198.1199.1200.1201.1202.1203.1204.1205.1206.1207.1208.1209.1210.1211.1212.1213.1214.1215.1216.1217.1218.1219.1220.1221.1222.1223.1224.1225.1226.1227.1228.1229.1230.1231.1232.1233.1234.1235.1236.1237.1238.1239.1240.1241.1242.1243.1244.1245.1246.1247.1248.1249.1250.1251.1252.1253.1254.1255.1256.1257.1258.1259.1260.1261.1262.1263.1264.1265.1266.1267.1268.1269.1270.1271.1272.1273.1274.1275.1276.1277.1278.1279.1280.1281.1282.1283.1284.1285.1286.1287.1288.1289.1290.1291.1292.1293.1294.1295.1296.1297.1298.1299.1300.1301.1302.1303.1304.1305.1306.1307.1308.1309.1310.1311.1312.1313.1314.1315.1316.1317.1318.1319.1320.1321.1322.1323.1324.1325.1326.1327.1328.1329.1330.1331.1332.1333.1334.1335.1336.1337.1338.1339.1340.1341.1342.1343.1344.1345.1346.1347.1348.1349.1350.1351.1352.1353.1354.1355.1356.1357.1358.1359.1360.1361.1362.1363.1364.1365.1366.1367.1368.1369.1370.1371.1372.1373.1374.1375.1376.1377.1378.1379.1380.1381.1382.1383.1384.1385.1386.1387.1388.1389.1390.1391.1392.1393.1394.1395.1396.1397.1398.1399.1400.1401.1402.1403.1404.1405.1406.1407.1408.1409.1410.1411.1412.1413.1414.1415.1416.1417.1418.1419.1420.1421.1422.1423.1424.1425.1426.1427.1428.1429.1430.1431.1432.1433.1434.1435.1436.1437.1438.1439.1440.1441.1442.1443.1444.1445.1446.1447.1448.1449.1450.1451.1452.1453.1454.1455.1456.1457.1458.1459.1460.1461.1462.1463.1464.1465.1466.1467.1468.1469.1470.1471.1472.1473.1474.1475.1476.1477.1478.1479.1480.1481.1482.1483.1484.1485.1486.1487.1488.1489.1490.1491.1492.1493.1494.1495.1496.1497.1498.1499.1500.1501.1502.1503.1504.1505.1506.1507.1508.1509.1510.1511.1512.1513.1514.1515.1516.1517.1518.1519.1520.1521.1522.1523.1524.1525.1526.1527.1528.1529.1530.1531.1532.1533.1534.1535.1536.1537.1538.1539.1540.1541.1542.1543.1544.1545.1546.1547.1548.1549.1550.1551.1552.1553.1554.1555.1556.1557.1558.1559.1560.1561.1562.1563.1564.1565.1566.1567.1568.1569.1570.1571.1572.1573.1574.1575.1576.1577.1578.1579.1580.1581.1582.1583.1584.1585.1586.1587.1588.1589.1590.1591.1592.1593.1594.1595.1596.1597.1598.1599.1600.1601.1602.1603.1604.1605.1606.1607.1608.1609.1610.1611.1612.1613.1614.1615.1616.1617.1618.1619.1620.1621.1622.1623.1624.1625.1626.1627.1628.1629.1630.1631.1632.1633.1634.1635.1636.1637.1638.1639.1640.1641.1642.1643.1644.1645.1646.1647.1648.1649.1650.1651.1652.1653.1654.1655.1656.1657.1658.1659.1660.1661.1662.1663.1664.1665.1666.1667.1668.1669.1670.1671.1672.1673.1674.1675.1676.1677.1678.1679.1680.1681.1682.1683.1684.1685.1686.1687.1688.1689.1690.1691.1692.1693.1694.1695.1696.1697.1698.1699.1700.1701.1702.1703.1704.1705.1706.1707.1708.1709.1710.1711.1712.1713.1714.1715.1716.1717.1718.1719.1720.1721.1722.1723.1724.1725.1726.1727.1728.1729.1730.1731.1732.1733.1734.1735.1736.1737.1738.1739.1740.1741.1742.1743.1744.1745.1746.1747.1748.1749.1750.1751.1752.1753.1754.1755.1756.1757.1758.1759.1760.1761.1762.1763.1764.1765.1766.1767.1768.1769.1770.1771.1772.1773.1774.1775.1776.1777.1778.1779.1780.1781.1782.1783.1784.1785.1786.1787.1788.1789.1790.1791.1792.1793.1794.1795.1796.1797.1798.1799.1800.1801.1802.1803.1804.1805.1806.1807.1808.1809.1810.1811.1812.1813.1814.1815.1816.1817.1818.1819.1820.1821.1822.1823.1824.1825.1826.1827.1828.1829.1830.1831.1832.1833.1834.1835.1836.1837.1838.1839.1840.1841.1842.1843.1844.1845.1846.1847.1848.1849.1850.1851.1852.1853.1854.1855.1856.1857.1858.1859.1860.1861.1862.1863.1864.1865.1866.1867.1868.1869.1870.1871.1872.1873.1874.1875.1876.1877.1878.1879.1880.1881.1882.1883.1884.1885.1886.1887.1888.1889.1890.1891.1892.1893.1894.1895.1896.1897.1898.1899.1900.1901.1902.1903.1904.1905.1906.1907.1908.1909.1910.1911.1912.1913.1914.1915.1916.1917.1918.1919.1920.1921.1922.1923.1924.1925.1926.1927.1928.1929.1930.1931.1932.1933.1934.1935.1936.1937.1938.1939.1940.1941.1942.1943.1944.1945.1946.1947.1948.1949.1950.1951.1952.1953.1954.1955.1956.1957.1958.1959.1960.1961.1962.1963.1964.1965.1966.1967.1968.1969.1970.1971.1972.1973.1974.1975.1976.1977.1978.1979.1980.1981.1982.1983.1984.1985.1986.1987.1988.1989.1990.1991.1992.1993.1994.1995.1996.1997.1998.1999.2000.2001.2002.2003.2004.2005.2006.2007.2008.2009.2010.2011.2012.2013.2014.2015.2016.2017.2018.2019.2020.2021.2022.2023.2024.2025.2026.2027.2028.2029.2030.2031.2032.2033.2034.2035.2036.2037.2038.2039.2040.2041.2042.2043.2044.2045.2046.2047.2048.2049.2050.2051.2052.2053.2054.2055.2056.2057.2058.2059.2060.2061.2062.2063.2064.2065.2066.2067.2068.2069.2070.2071.2072.2073.2074.2075.2076.2077.2078.2079.2080.2081.2082.2083.2084.2085.2086.2087.2088.2089.2090.2091.2092.2093.2094.2095.2096.2097.2098.2099.2100.2101.2102.2103.2104.2105.2106.2107.2108.2109.2110.2111.2112.2113.2114.2115.2116.2117.2118.2119.2120.2121.2122.2123.2124.2125.2126.2127.2128.2129.2130.2131.2132.2133.2134.2135.2136.2137.2138.2139.2140.2141.2142.2143.2144.2145.2146.2147.2148.2149.2150.2151.2152.2153.2154.2155.2156.2157.2158.2159.2160.2161.2162.2163.2164.2165.2166.2167.2168.2169.2170.2171.2172.2173.2174.2175.2176.2177.2178.2179.2180.2181.2182.2183.2184.2185.2186.2187.2188.2189.2190.2191.2192.2193.2194.2195.2196.2197.2198.2199.2200.2201.2202.2203.2204.2205.2206.2207.2208.2209.2210.2211.2212.2213.2214.2215.2216.2217.2218.2219.2220.2221.2222.2223.2224.2225.2226.2227.2228.2229.2230.2231.2232.2233.2234.2235.2236.2237.2238.2239.2240.2241.2242.2243.2244.2245.2246.2247.2248.2249.2250.2251.2252.2253.2254.2255.2256.2257.2258.2259.2260.2261.2262.2263.2264.2265.2266.2267.2268.2269.2270.2271.2272.2273.2274.2275.2276.2277.2278.2279.2280.2281.2282.2283.2284.2285.2286.2287.2288.2289.2290.2291.2292.2293.2294.2295.2296.2297.2298.2299.2300.2301.2302.2303.2304.2305.2306.2307.2308.2309.2310.2311.2312.2313.2314.2315.2316.2317.2318.2319.2320.2321.2322.2323.2324.2325.2326.2327.2328.2329.2330.2331.2332.2333.2334.2335.2336.2337.2338.2339.2340.2341.2342.2343.2344.2345.2346.2347.2348.2349.2350.2351.2352.2353.2354.2355.2356.2357.2358.2359.2360.2361.2362.2363.2364.2365.2366.2367.2368.2369.2370.2371.2372.2373.2374.2375.2376.2377.2378.2379.2380.2381.2382.2383.2384.2385.2386.2387.2388.2389.2390.2391.2392.2393.2394.2395.2396.2397.2398.2399.2400.2401.2402.2403.2404.2405.2406.2407.2408.2409.2410.2411.2412.2413.2414.2415.2416.2417.2418.2419.2420.2421.2422.2423.2424.2425.2426.2427.2428.2429.2430.2431.2432.2433.2434.2435.2436.2437.2438.2439.2440.2441.2442.2443.2444.2445.2446.2447.2448.2449.2450.2451.2452.2453.2454.2455.2456.2457.2458.2459.2460.2461.2462.2463.2464.2465.2466.2467.2468.2469.2470.2471.2472.2473.2474.2475.2476.2477.2478.2479.2480.2481.2482.2483.2484.2485.2486.2487.2488.2489.2490.2491.2492.2493.2494.2495.2496.2497.2498.2499.2500.2501.2502.2503.2504.2505.2506.2507.2508.2509.2510.2511.2512.2513.2514.2515.2516.2517.2518.2519.2520.2521.2522.2523.2524.2525.2526.2527.2528.2529.2530.2531.2532.2533.2534.2535.2536.2537.2538.2539.2540.2541.2542.2543.2544.2545.2546.2547.2548.2549.2550.2551.2552.2553.2554.2555.2556.2557.2558.2559.2560.2561.2562.2563.2564.2565.2566.2567.2568.2569.2570.2571.2572.2573.2574.2575.2576.2577.2578.2579.2580.2581.2582.2583.2584.2585.2586.2587</u> | | | | | | | |

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Paciente: Allysona Teixeira Mouta
Inquirido: Dr. J. Carlos Siqueira

Local: SALA DE ANESTESIA

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

ANTES DA INCISÃO

Anestesia: Dr. Siqueira

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SALA (Sala Pós Operatória)

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

CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
- ☒ Sítio cirúrgico
- ☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRÚRGIO:
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: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☐ Sim
☐ Não se aplica

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO ☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) ☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO ☐ Sim ☒ Não

☐ O CIRÚRGIO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE ☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel reprodução original que foi apresentado nesta Hospital

PROCO CIRÚRGICO ☒ Aplica ☐ Não se Aplica

SÍTIO DEIM. RCADO ☒ Sim ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA

OXÍMETRO 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 SANGÜÍNEA > 500 ml ☒ Não ☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data: 08.09.13 Assinatura: Dr. J. Carlos Siqueira Hora: 14:01

F-9

AN4-A



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | |
|--|--|-------|-----------|------|------------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE <i>A/2 Epina TELSON hovanir na Div. N.º 10</i> | | | | | |
| DIAGNÓSTICO <i>Enferm. pulm. res</i> | | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | | LEITO | <i>19</i> | DATA | <i>09/08/16</i> |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | <i>SND</i> |
| 2 | AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia | | | | <i>16h</i> |
| 3 | CEFALOTINA 1G EV 6/6H | | | | <i>16h 22:04</i> |
| 4 | ILATIL 20mg 12/12hs | | | | <i>16h 04</i> |
| 5 | DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N | | | | <i>19:15 04</i> |
| 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 | | | | <i>22:05 14</i> |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | <i>Rot. cura</i> |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | <i>M</i> |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| <p>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</p> | | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

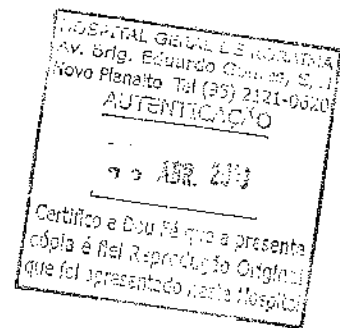
Ao bloco para programação cirúrgica

*Paciente sem dor
e bom caráter*

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 556

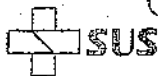
10/08/16 *Atte c. ndeian*

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 556



| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|---------------|-----------|-----------|---------------|
| 6 H | <i>120x80</i> | <i>56</i> | | |
| 12 H | | | | |
| 18 H | <i>100x70</i> | <i>65</i> | <i>19</i> | <i>33,6°C</i> |
| 24 H | <i>120x75</i> | <i>69</i> | | <i>36,5°C</i> |

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



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

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

Sofre acidente, quedando do e lesões fraturas de tornozelo de.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

C / Injúria

ÁREA DE MINISTROS - DEPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 SET 2019

ESPEDIAL SINAIS E SINTOMAS
Av. Edg. Eduardo Gomes, 277
Novo Planalto Tel (90) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

73 ABR 2020

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

Pr perne de.

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Castelo João Bezerra, 404 - Boa Vista - RJ

Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentado neste Hospital.

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura Pélvis Tibial - NFA

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

ORTODONTIA PÉLVIS TIBIAL NFA

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) 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 OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

0408050543

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

5823

9/8/18

W499



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data 29.06.10 O.S. _____

ALZONIA
TERCEIRA UNID

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Cúbito ULNA TIBIAL 1/2

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

DE INTERVENÇÃO: ORTODONTIA ULNA TIBIAL 1/2

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 0 UNID

CIRURGIÃO: Dr. Jern

1º AUXILIAR: Dr. C. Enrig

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: RAQU

ANESTESISTAS: Dr. C. Evelyn

ANESTÉSICO: _____

NÍCIO: _____

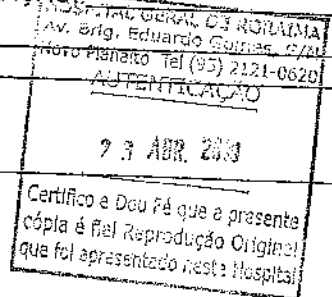
FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

Paciente anestesiado,
Asséptico, antéptico, gaseado
Cirurgia estéril

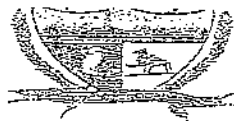
Incisão lateral, de 10 cm de comprimento,
mediana e lateral a 1/2 cm de osso
+ 03 pontos com fio 3/0 + 02 pontos com fio 3/0
Incisão medial, de 10 cm de comprimento
mediana e lateral a 1/2 cm de osso
+ 03 pontos com fio 3/0 + 02 pontos com fio 3/0
Fim, atendeu



Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 565

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 483

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentada e aceita.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

50 anos.

| | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|------------------|------------|
| NOME DO PACIENTE | APT OU LEITO | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA |
| Alzira Teixeira Mourão da Rosa | Bloco A 112-C4 CIRURGIA | | 09/06/2018 |

| | | |
|-----------------------------------|------------------------|--|
| TIPO | TEMPO DE DURAÇÃO | |
| Transfere de Fratura de tornozelo | INICIO FIM TEMPO TOTAL | |
| Palat Tuberc | 14:25 15:35 | |

| | | |
|----------------------|-------------------|---------------|
| QUIRÃO | ANESTESISTA: | Dr. Ercelino |
| Dr. Jesus | RES. ANESTESIA: | Dr. José Neto |
| Dr. Carlos Henrique | INSTRUMENTADOR | |
| | CIRCULANTE | Yank |
| | Dr. Isaac | |
| DE ANESTESIA: Rouque | TEMPO DE DURAÇÃO: | |
| 14:01 | | |

| QUANT. | MATERIAIS | VALOR | QUANT. | MEDICAMENTOS | VALOR |
|--------|----------------------------|-------|--------|------------------------------|--------|
| 1 | PCTS COMPRESSAS C/03 UNID. | | 1 | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO | |
| 1 | PACOTES GAZE | | | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO | 500 ml |
| 1 | LUVA ESTERIL 7.0 | | | FRASCOS- SORO GLICOSADO | |
| 1 | LUVA ESTERIL 7.5 | | | FIO VICRYL Nº | |
| | LUVA ESTERIL 8.0 | | | FIO MONONYLON Nº | |
| 1 | LUVA ESTERIL 8.5 | | | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº | |
| 1 | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS | | | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº | |
| | LÂMINA BISTURI Nº 15 | | | FIO CATGUT SIMPLES Nº | |
| | DRENO DE SUÇÃO Nº | | | FIO CATGUT CROMADO Nº | |
| | DRENO DE TORAX Nº | | | FIO PROLENE Nº | |
| | DRENO DE PENROSE Nº | | | FIO SEDA Nº | |
| | SERINGA 01ML | | | SURGICEL Atadura 20 cm | |
| 1 | SERINGA 03ML | | | CERA P/ OSSE Comp. por 100cm | |
| 1 | SERINGA 05 ML | | | KIT CATAPATA Nº 100ml | |
| 1 | SERINGA 10ML | | | GEOFOAM Clorixidine 100-10cm | |
| 1 | SERINGA 20ML | | | FITA CARDIACA Cateles P/ 02 | |
| 1 | Elétrico | | | OUTROS: Alcat 100-100ml | |

| | | | | |
|---|--------------------|---------------------------------------|--|-------|
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS | | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE | | VALOR |
| INSTRUMENTADOR (A) | ENFERMEIRA CHEFE | MATERIAL MEDICAMENTOS | | |
| | Ribeira | SUB- TOTAL | | |
| | Kuciame | TAXA DE SALA | | |
| PRONTUÁRIO/CÁLCULOS | CIRCULANTE DE SALA | TAXA DE ANESTESIA | | |
| | Elizangela M. | AUTENTICAÇÃO | | |
| | Isaac | SOMA | | |
| | | ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE | | |

7 de Abril de 2018
Certifico e Dou fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado nesta Hospital



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA BUCO MAXILO FACIAL

Tipo Cirurgia:

Estiossintese de Fratura de Tóraxelo (D)
Pelvis Tibial

Data: 09/08/2018

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Elizângela Teixeira Mendes da S. Reseira Idade 50 Anos

Bloco: A Enfermaria 114 Leito: 01

Caixa: Pequenos fragmentos

Nº _____

Circulante: Elizângela M. Isaac

Sala IV

Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

Placa 1/3 de comprimento 5 furos

Parafuso espongioso nº 48L nº 40L nº 35L

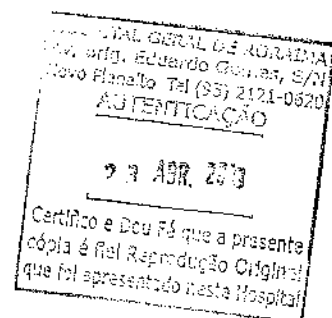
Rosta 1


Dr. José Luiz Lopez Aguiar
CRM-RR 566

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME



SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

NOME: Argemir Teixeira Verano da S. Pereira

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

[illegible]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Allyson Teixeira Mouta
Idade 30 Anos
Sexo Masculino
Profissão Engenheiro

PACIENTE CONFIRMADO: (Sala Pré Anestésica)

- (f) Identidade
(g) Sítio Cirúrgico
(h) Procedimento
Consentimento () Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO
() Aplica () Não se Aplica

RISCO DE MORTALIDADE
() Sim () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUIDA

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

ALERGIA CONHECIDA
() Sim () Não

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
() Sim () Não

Equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
() Sim () Não

Sim, e acesso endovenoso adequado e planejado para fluidos

Data 08/08/13 Assinatura [Assinatura] Hora 14:03

ANTES DA INCISÃO

Anestesia D & Gulpair II

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 PERFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.
() Não se aplica
() Sim,
Qual: _____ Hora: _____

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

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM
VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO
() Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS
() Sim () Não () Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA
PATOLOGICA ESTÁ IDENTIFICADA
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
() Sim () Não () Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO
() Sim () Não

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE
() Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi armazenado nesta Hospital

F-9

AN4-1



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | |
|---|--|-------|-----------|------|------------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE <i>ALZ E Pina FELSCH hovan m plur. N. 10/10/10</i> | | | | | |
| DIAGNÓSTICO <i>trauma pulmão</i> | | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | | LEITO | <i>F9</i> | DATA | <i>05/08/10</i> |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | <i>SND</i> |
| 2 | AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia | | | | <i>16</i> |
| 3 | CEFALOTINA 1G EV 6/6H | | | | <i>16 22:04</i> |
| 4 | TILATIL 20mg 12/12hs | | | | <i>16 04</i> |
| 5 | DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N | | | | <i>19:15 04</i> |
| 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 | | | | <i>22 04 14</i> |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | <i>Rot. cura</i> |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | |
| 14 | CURATIVO DIARIO | | | | <i>M</i> |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| <p>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</p> | | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

*Paciente ser de ex
e boas condições*

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
7 de ABR. 2010
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|---------------|-----------|-----------|---------------|
| 6 H | <i>120x80</i> | <i>56</i> | | |
| 12 H | | | | |
| 18 H | <i>100x70</i> | <i>65</i> | <i>19</i> | <i>33,6°C</i> |
| 24 H | <i>120x75</i> | <i>69</i> | | <i>36,5°C</i> |

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

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



| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|---|--|---------------|--|
| 1800984782 | | 21/07/2018 21:08:14 | | FICHA DE ATENDIMENTO | | TRAUMATOLOGIA | | NOTURNO 19. | |
| Paciente | | Data Nascimento | | Idade | | CNS | | CPF | |
| ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO DA S. ROSEIRA | | 05/01/1968 | | 50 A 6 M 16 D | | 704200262859888 | | 34600191315 | |
| Tipo Doc | | Documento | | Órgão Emissor | | Data Emissão | | Sexo | |
| IDENTIDADE 109794 | | | | | | | | F | |
| Mão | | Estado Civil | | Raça/Cor | | Naturalidade | | Nacionalidade | |
| MARIA JOSÉ DA SILVA MOURÃO | | NAO | | PARDA | | CODO - MA | | BRASILEIRA | |
| Endereço | | Informado | | Contato | | | | | |
| RUA - FLAMBOIAN - 511 - JARDIM PRIMAVERA - BOA VISTA - RR | | HONÓRIO TEIXEIRA MOURÃO | | (95) 36274-305 | | | | | |
| Class. de Risco | | Plano Convênio | | Nº da Carteira | | Validade | | Autorização | |
| | | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | | | | | | Sis Prenatal | |
| Motivo do Atendimento | | Caráter do Atendimento | | Profissional do Atend. | | Procedência | | Temp. | |
| ACIDENTE DE MOTO | | URGÊNCIA | | | | | | Peso | |
| Setor | | Tipo de Chegada | | Procedimento Sol. | | Registrado por: | | Pressão | |
| GRANDE TRAUMA | | DEMANDA ESPONTANEA | | | | LEILSON.SOUSA | | | |
| Queixa Principal | | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril | | <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório | | <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue | | | |
| | | | | | | | | | |

Acidente Automobilístico

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) Paciente trazida pela mãe com relato de imobilização por trauma (queda + colisão com veículo). Última de acidente automobilístico (moto + carro) após uso de cinto de segurança. Nega vômitos, diarreias e perda de consciência.

Exame Físico

A - VAP axilares sem crepitações

B - MV com RA

C - Status hemodinâmico estável FC: 85 bpm

Hipótese Diagnóstica

1 - lesão IS por trauma + fraturas

2 - Fraturas em perna (D)

SADT - Exames Complementares

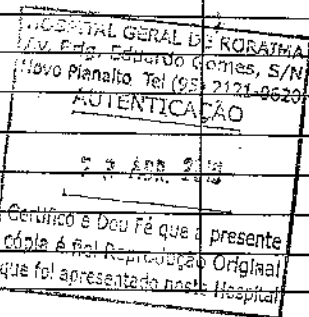
☐ RAIIO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

1) Tenoxicam 40 mg EV 2x
2) Difenidramina 0,5 EV
3) Tramadol 100 mg EV + SP 90% 30mg

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO



Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para: Intensivista

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

Óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: leilson.sousa
Data Hora: 21/07/2018 21:09:44

0 2018
SISTEMA DE SAÚDE
DO GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
VIA 13061-012/18



1800984782



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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

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)

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0308010019
5828 T068
V299

Ordem do Estado de R. - 1ª
Município de Rio de Janeiro

UNIDADE / SETOR

União H.A.S. D.M. a Alameda

QUARTO

LEITO

NOME DO PACIENTE

PROFISSIONAIS RESPONSAVEIS

Alameda a União H.A.S. D.M. a Alameda

DATA / HORA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

RELACIONAMENTO ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
23 ABR. 2003
Nº DE REGISTRO
Fó que a presente Original
é fiel reprodução
e representado neste Hosp

21.04.28

1. Dieta Duval 1000
2. APT Duval 1000
3. Dipirona 40 (C) 6/8 H.
4. Dipirona 160 mg (C) 12/12 H. (D) 1/15
5. Ureterol 100 mg + NOD 100 mg (C) 8/8 H. (D) 8/8 H.
6. Duval 1000 (C) 2/12 H. S.N.
7. P.G. 6 + S.N.
8. Ao Bloco.

Dr. Fernando Rende
Médico Residente em Clínica Médica
CRM 12007

Regulado
para leito

Regulação Interna

Bloco - F

20-13

PRESCRIÇÃO DIÁRIA



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

13

6

| | | | | | |
|------------------|---|-----|------|------|--------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO DA SILVA PEREIRA | | | | |
| DIAGNÓSTICO | | | | | |
| ALERGIAS | HAS | | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | LEITO | | | DATA | 22/07/2018 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | OND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | montr |
| 3 | CEFALOTINA 1G EV 6/6H | | | | SUSPENSO |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | 0.3 14/15 |
| 5 | DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN | | | | 2.2.30 SN |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SN 12/15 0.2 |
| 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) | | | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | SN |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | Rotina |
| 14 | CURATIVO DIARIO | | | | SN |
| 15 | | | | | M |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | 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 | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Br. Eduardo Gonçalves, S/N
J. Novo Planalto, Tel (66) 3321-0620
AUTENTICAÇÃO
7.3.2018
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

EVOLUÇÃO MÉDICA:
TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Med. ...
Ortopedia e Traumatologia

| SINAIS VITAIS | PA. | PC. | FR. | T.c. |
|---------------|--------|-----|-----|--------|
| 6 H | 130x70 | 72 | 20 | 36.3°C |
| 12 H | 113x66 | 69 | 19 | 36°C |
| 18 H | 110x60 | 68 | 19 | 36°C |
| 24 H | 131x75 | 73 | 19 | 36.1°C |

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

7:20hs - Realizado procedimento de rotina SSVV,
adm. med. e pm. Segue com evoluções de enfermagem

2-13

Yareza R. A. Batista
Téc. Enfermagem
COREN-RR 71578

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

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

HGR
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO _____ **DIH.** _____ **DN** _____

PACIENTE _____

DIAGNÓSTICO _____

ALERGIAS _____

IDADE _____ **HAS** _____ **NEGA** _____ **DM2** _____ **NEGA** _____

LEITO _____ **DATA** _____

ITEM _____ **PRESCRIÇÃO** _____

| ITEM | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|------|--|---------|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | |
| 2 | AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia | SND |
| 3 | CEFALOTINA 1G EV 6/6h | 16. |
| 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 | SND |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | SND |
| 8 | RANITIDINA 50MG EV 8/8HS | SND |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | 06 |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | SND |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | |
| 14 | CURATIVO DIARIO | Rotina |
| 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% Fê que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentada neste Hospital.

23 ABR 2013

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Sarg. Eduardo Guimarães, S/N
 Novo Planalto Tel: (68) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

OLUÇÃO MÉDICA:

ao bloco para programação cirúrgica

Paciente fch alt em
Bom estado geral com
Pouca dispnéia

Paciente mal
Alto hosp.
on 16/5/13

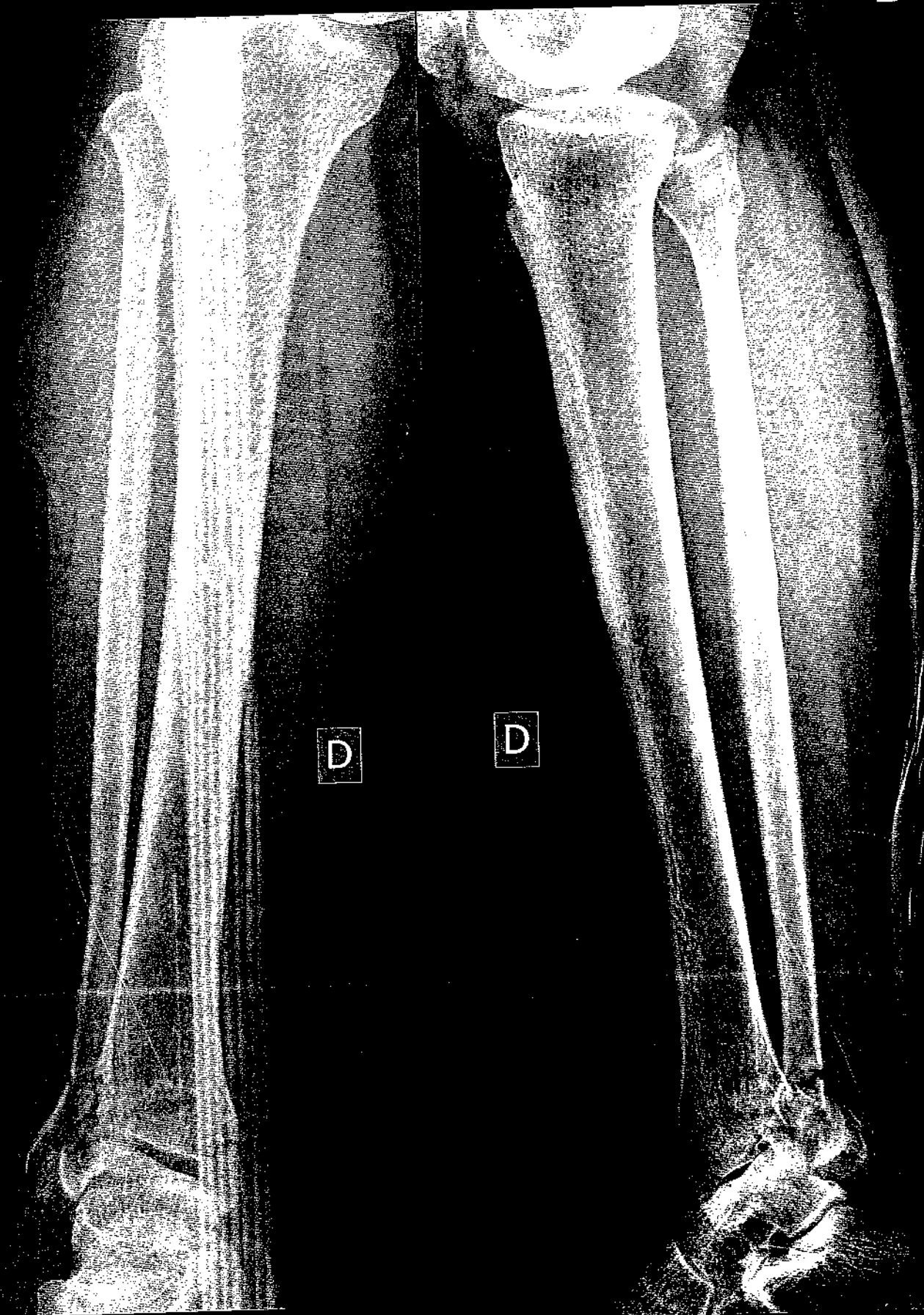
| IAIS VITAIS | | | |
|-------------|--------|----|------|
| 6 H | | | |
| 12 H | 131/77 | 92 | 36.1 |
| 18 H | | | |
| 24 H | | | |

SEM INTERCORRÊNCIAS DO PERÍODO SEGUINTE
DIAPÓS DA CURAÇÃO

Diemerson Costa da Silva
 Tec. de Enfermagem
 COREN - 664.181

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Mário Vitor Marcanh
Enfermeiro
CRP 553.447



58.2 %

21/7/2018 20:48:41

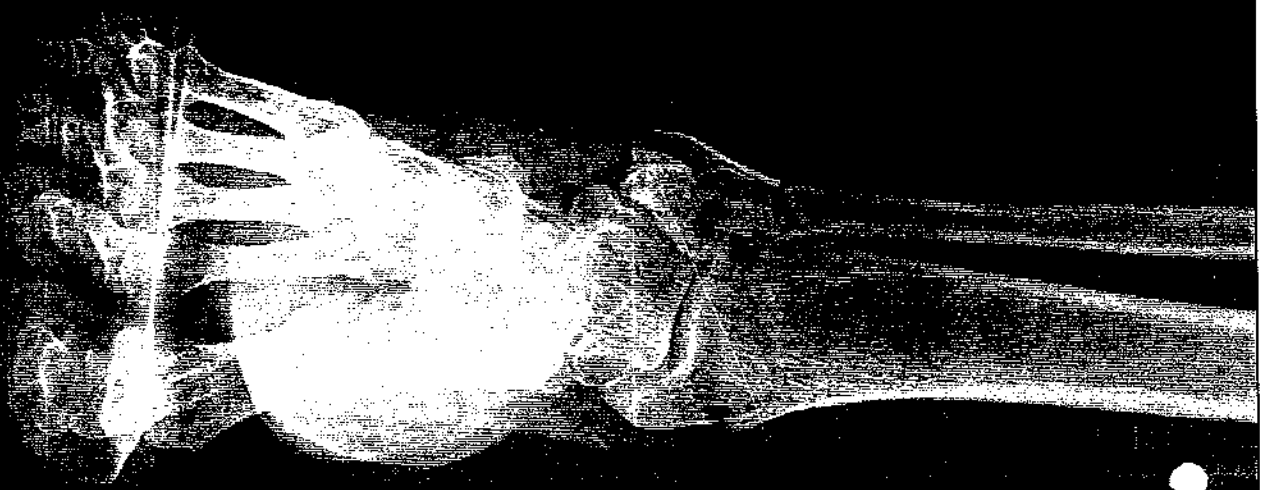
54.1 %

21/7/2018 20:48:41

, ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR: HUGO



D



D

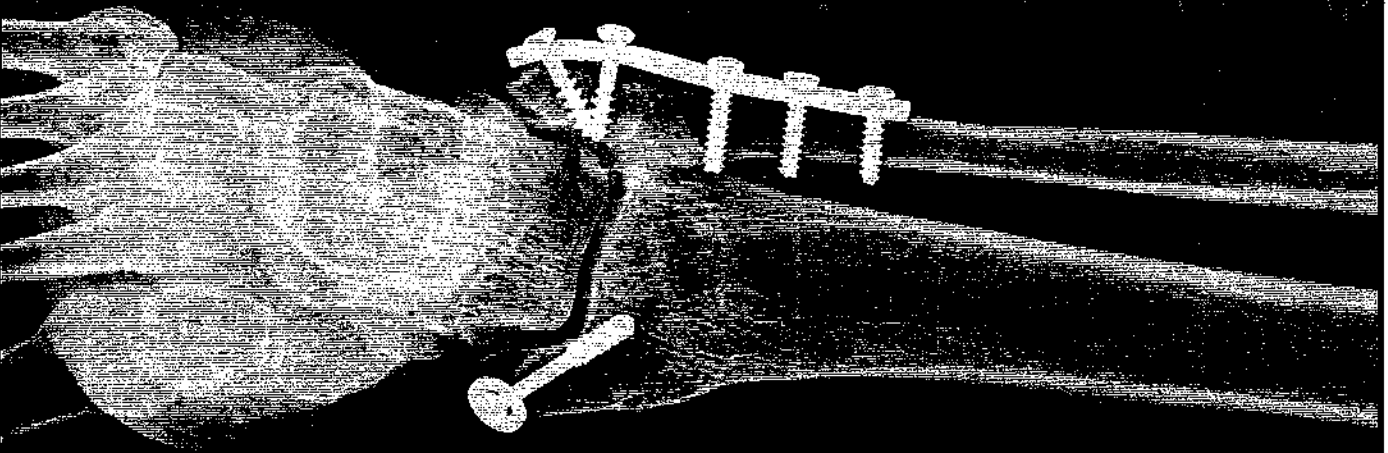
ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR: HUGO

21/7/2018 20:48:41

57.5 %

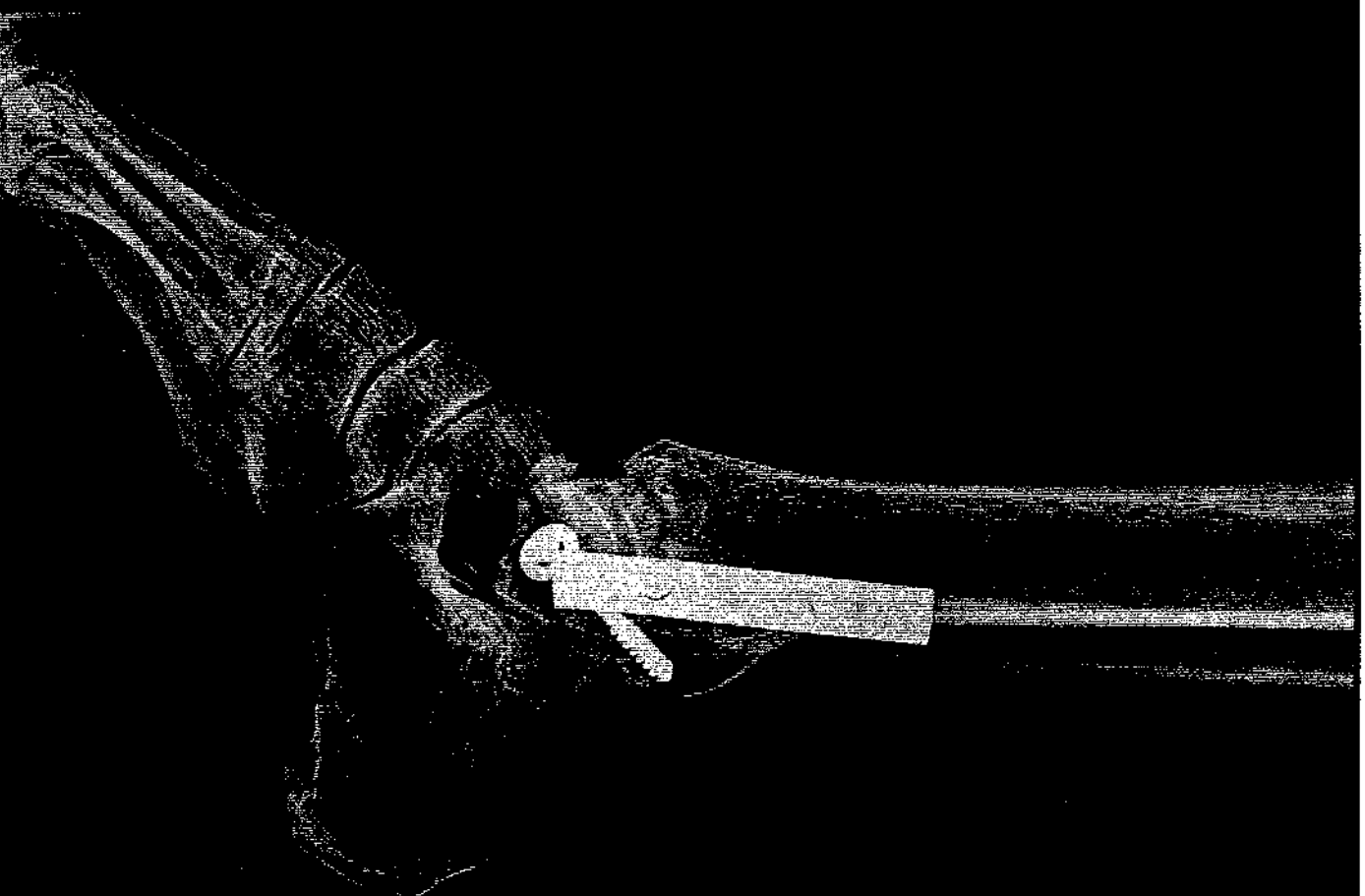


ALZENIRA TEIXEIRA MOURA

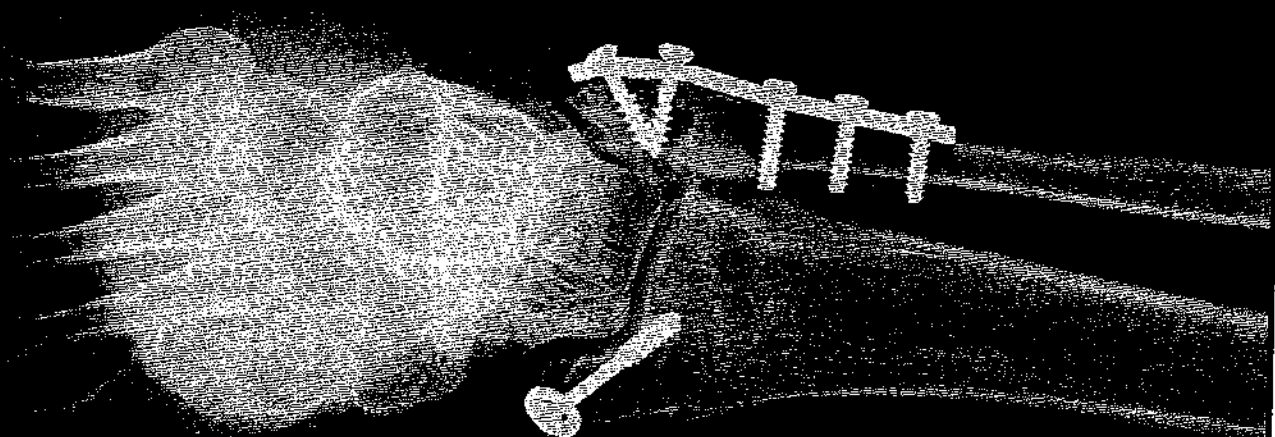
9975

HOSPITAL CORONEL MOTA

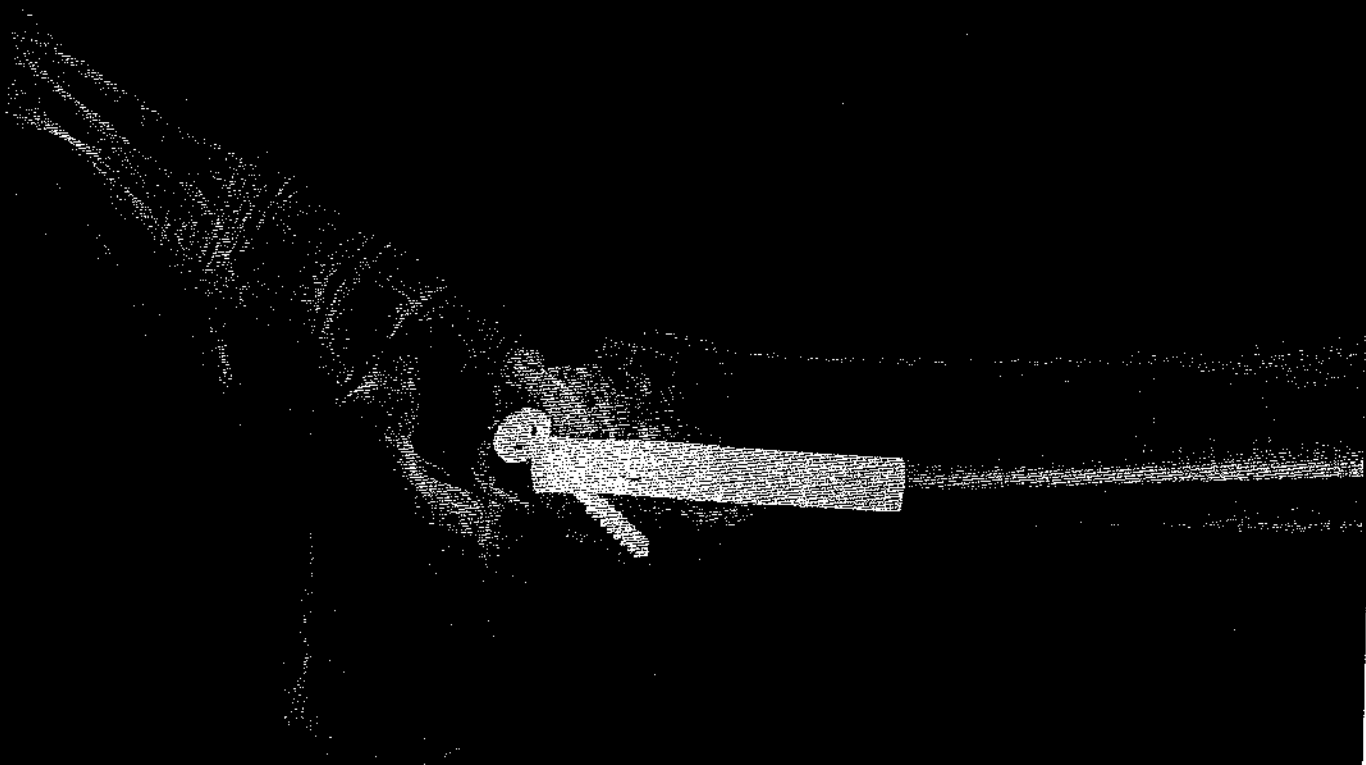
02/09/2019



79.4 1%



D



ALZENIRA TEXEIRA

5112

HOSPITAL CORONEL MOTA

17/05/2019

Cloudealdo

76.4 %

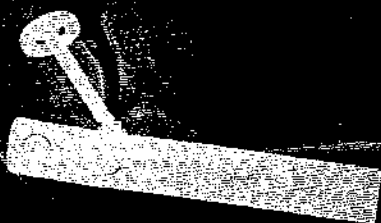
ALZENIRA T. M DA SILVA
HOSPITAL CORONEL MOTA

1582

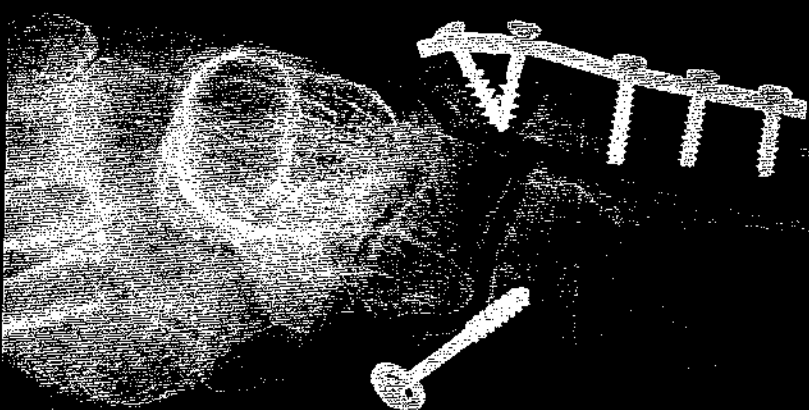
15/02/2019

Vilson

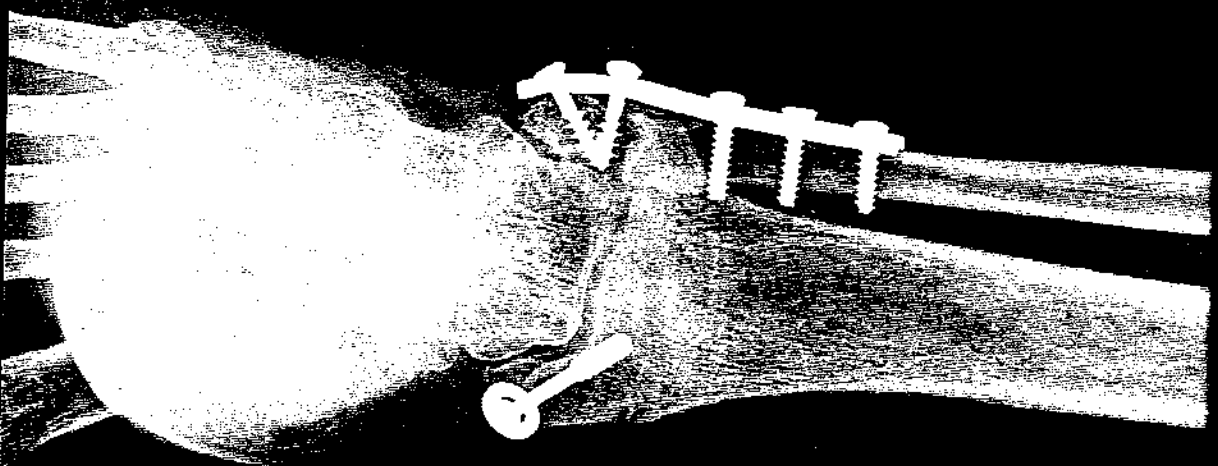
76.4 %



D



D]



ALZENIRA T. M DA SILVA

13366

HOSPITAL CORONEL MOTA

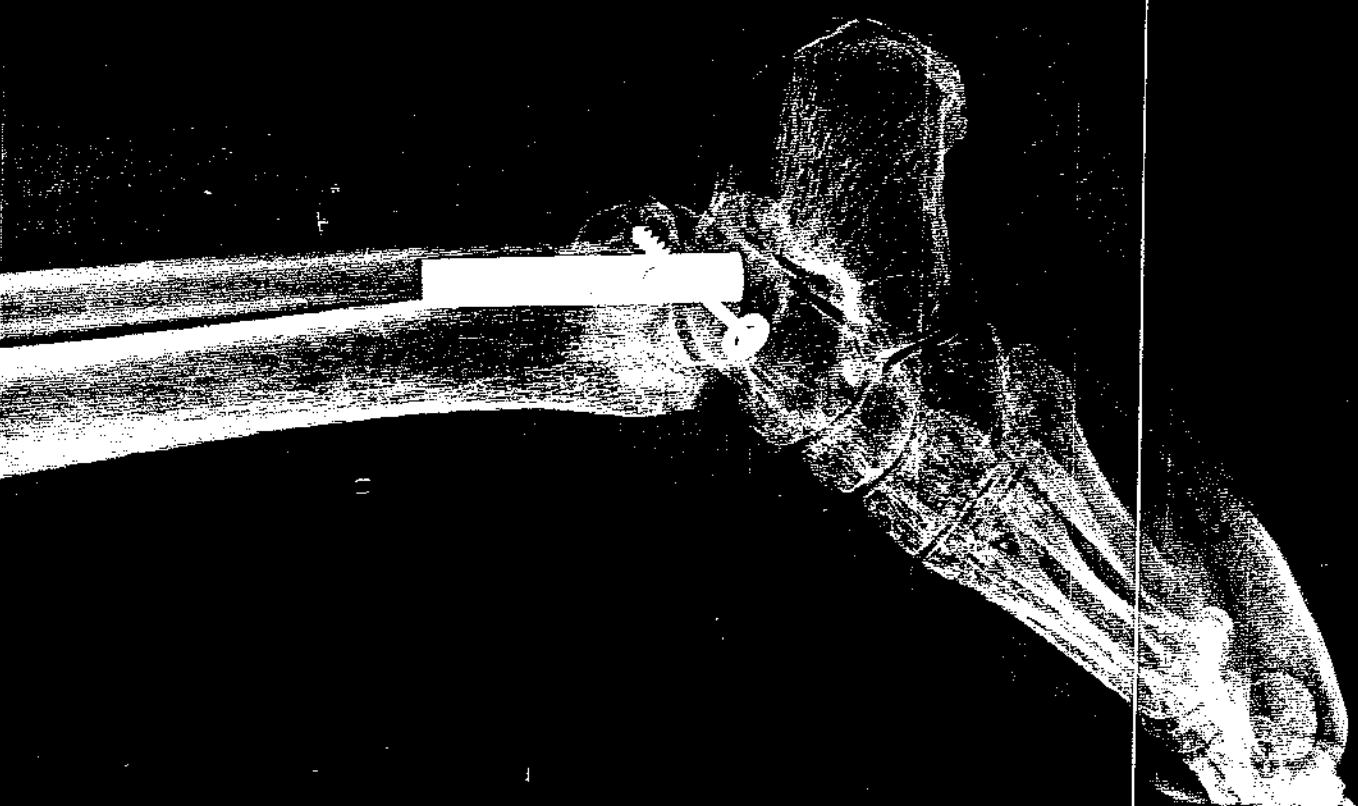
12/11/2018

Ana Quezla

76,4 %



D



ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO

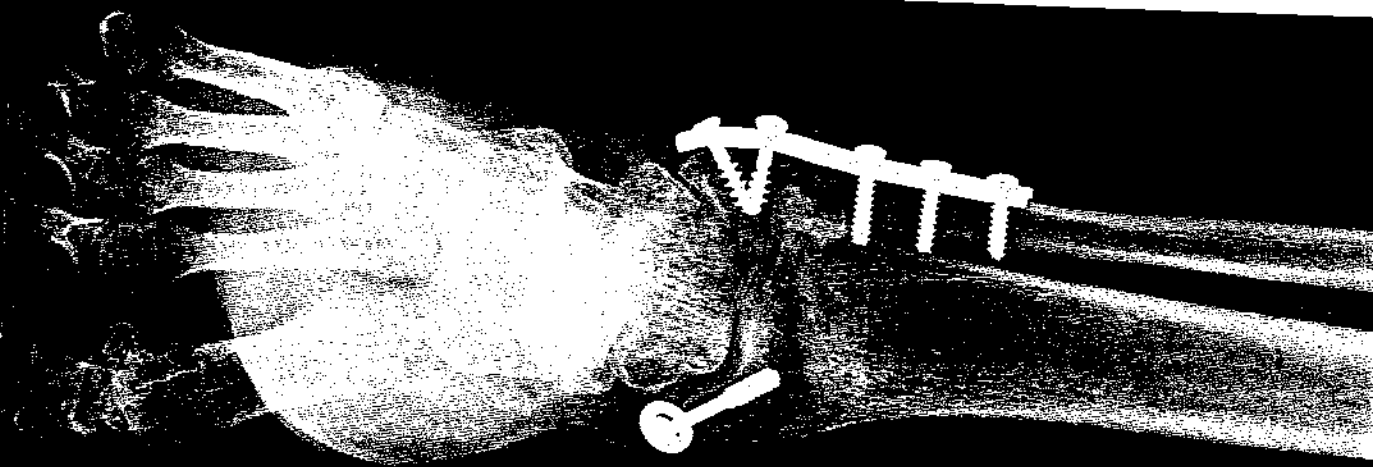
12081

HOSPITAL CORONEL MOTA

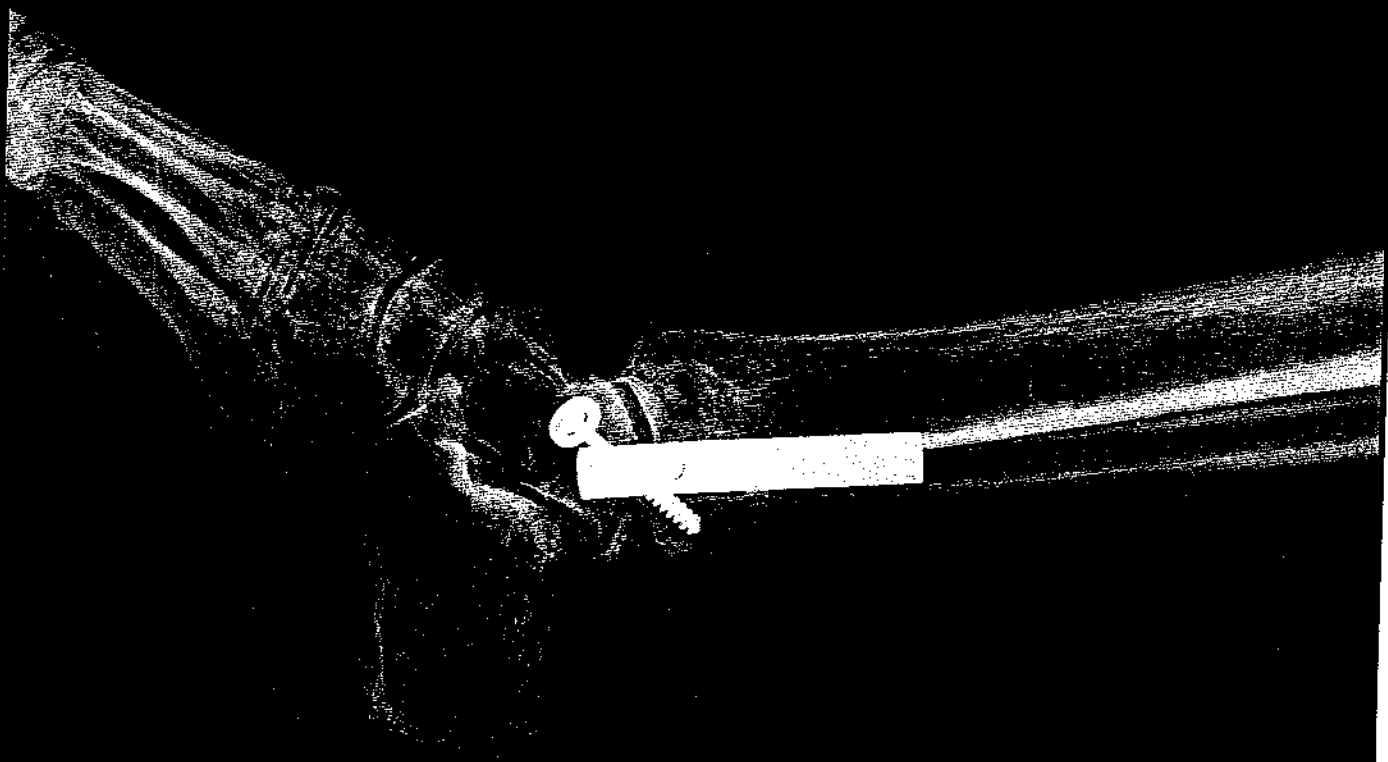
15/10/2018

Cloudealdo

65,5 %



D



ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO

11228

HOSPITAL CORONEL MOTA

24/09/2018

Fabiola Castro

70,8 %

|D|

03/09/2018



57.9 %

ALZENIRA TEIXEIRA

HOSPITAL CORONEL MOTA

10309



03/09/2018

73.1 %

Ana Quezia

D



77,0 %

10/8/2018 11:21:20

D



77,1 %

10/8/2018 11:21:20

, ALZENIRA TEIXEIRA

BLOC. A 114-01

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. RENATA P. /ED. ERNELSON

NOME: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA

MÉDICO: ALBERTO FERREIRA DE SOUZA

Nº. Controle: TC

SUS



CLÍNICA RADIOLÓGICA OLIVEIRA
Resp. Tec: Marcelo Botelho de Oliveira CRM-RR/RQE 682

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO DIREITO

Exame realizado aquisição volumétrica multislice, com cortes axiais de 1,25 mm, e posterior reformatação nos planos coronal e sagital e reconstrução tridimensional, evidenciando:

Fraturas cominutivas na extremidade distal da tíbia e fíbula com extensão para às superfícies articulares, associadas à edema das partes moles adjacentes.

Presença de calha gessada.

Sinais de desmineralização óssea difusa.

Esporão ósseo na face plantar e tuberosidade do calcâneo.

Não se observam massas ou coleções nas partes moles avaliadas.

Correlacionar com dados clínicos.

Boa Vista, 01 de agosto de 2018

clínicacrx@hotmail.com clínicacrx@gmail.com

(95) 3224 - 7999 (95) 3224 - 0485 (95) 3623 - 1091 Fax
(95) 99122 - 2122 Vivo (95) 98119 - 0555 Tim

"O presente laudo é uma impressão subjetiva das imagens geradas de acordo com o pedido médico e das informações clínicas contidas nesse pedido. Em caso de informações clínicas adicionais por escrito, novas considerações poderão ser emitidas. Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento."

Marcelo Botelho de Oliveira CRM-RR 682

Paulo Ernesto Coelho de Oliveira CRM-RR 095

Camilo Botelho de Oliveira CRM-RR 1355

Larissa Barbosa Lago de Freitas CRM-RR 1620

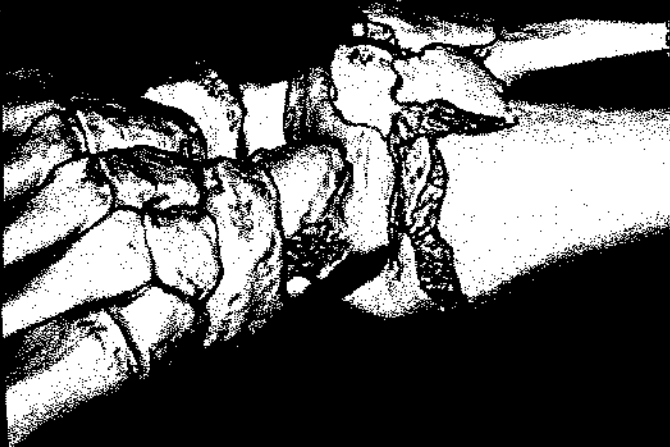
Clinica Radiológica Oliveira

Av. Ville Roy, 6529 - Centro, (Esq. com Araújo Filho)
69.301-000 Boa Vista-RR

3D
Ext: 18468

Set: 3
Volume Rendering: No cut

OFOW 18.0 cm
STHD



CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSEIRA
F. 50. 0073068
Data: Jan 05 1968
Ext: Hgo 01 2018

303-1

No VOL
FW 120
RA 150
Rot: 0.200/HE 5.6mm/rot
Tilt: 0.0
02:59:56
W = 400 L = 40

3D
Ext: 18468

Set: 3
Volume Rendering: No cut

OFOW 18.0 cm
STHD

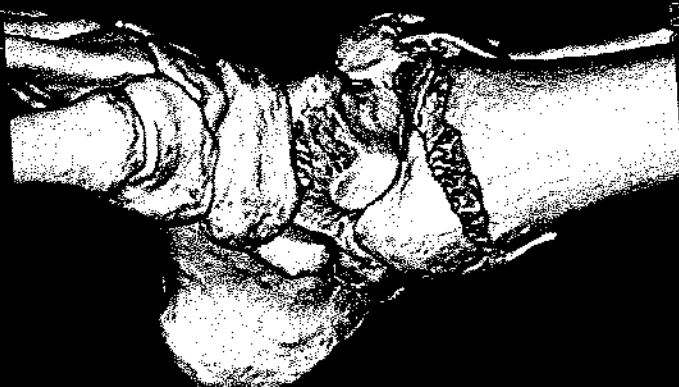


CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSEIRA
F. 50. 0073068
Data: Jan 05 1968
Ext: Hgo 01 2018

3D
Ext: 18468

Set: 3
Volume Rendering: No cut

OFOW 18.0 cm
STHD



CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSEIRA
F. 50. 0073068
Data: Jan 05 1968
Ext: Hgo 01 2018

303-25

No VOL
FW 120
RA 150
Rot: 0.800/HE 5.6mm/rot
Tilt: 0.0
02:59:56
W = 400 L = 40

3D
Ext: 18468

Set: 3
Volume Rendering: No cut

OFOW 18.0 cm
STHD



CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSEIRA
F. 50. 0073068
Data: Jan 05 1968
Ext: Hgo 01 2018

No VOI
KV 120
mA 150
Rot 0.80s/HE 5.6mm rot
0.6mm 0.562:1/0.625p
Tilt: 0.0
02:59:55
M = 400 L = 40



303.41

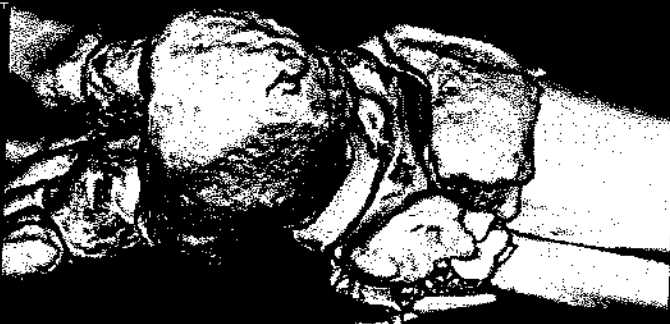
3D
Ex: 18468

Set: 3
Volume Rendering No cut

DFOV 18.0 cm
STRB

CLINICAL RADIOLOGICAL CLIVEIRA
ALZHEIRA TEVEIRA M. S. ROSEIRA
F 50 0073068
DoE: Jan 05 1968
Ex: Ago 01 2018

No VOI
KV 120
mA 150
Rot 0.80s/HE 5.6mm rot
0.6mm 0.562:1/0.625p
Tilt: 0.0
02:59:56
M = 400 L = 40



303.69

No VOI
KV 120
mA 150
Rot 0.80s/HE 5.6mm rot
0.6mm 0.562:1/0.625p
Tilt: 0.0
02:59:56
M = 400 L = 40



303.57

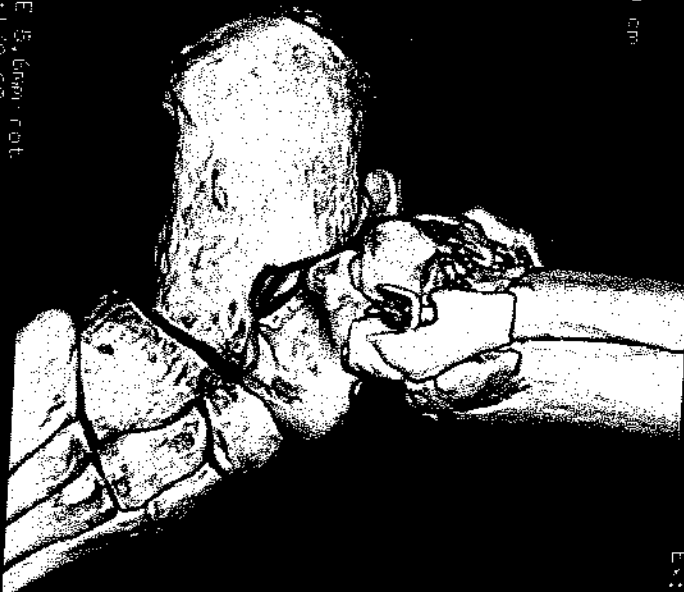
3D
Ex: 18468

Set: 3
Volume Rendering No cut

DFOV 18.0 cm
STRB

CLINICAL RADIOLOGICAL CLIVEIRA
ALZHEIRA TEVEIRA M. S. ROSEIRA
F 50 0073068
DoE: Jan 05 1968
Ex: Ago 01 2018

No VOI
KV 120
mA 150
Rot 0.80s/HE 5.6mm rot
0.6mm 0.562:1/0.625p
Tilt: 0.0
02:59:56
M = 400 L = 40



303.82

✉ clinicaccrx@hotmail.com clinicaccrx@gmail.com

☐ (95) 3224 - 7999 (95) 3224 - 0485 (95) 3623 - 1091 Fax
(95) 99122 - 2122 VIVO (95) 98119 - 0555 TIM

CCV

Clinica Radiológica Oliveira

Av. Ville Roy, 6529 - Centro, (Esq. com Araújo Filho)
69.301-000 Boa Vista-RR

CCRx

CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA

BRIGHTSpeed SYSTEM 5 31 CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA BRIGHTSpeed SYSTEM
 EX: 18458 AC: NUM: 18458 EX: 18458 ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSETEIRA S. 300 RHT
 SEC: 300 RHT F 50 0073008 AL: A19.86 Cor DOB: 05 Jan 1968 ID: 2
 DT: 1 01 Aug 2018 512 DTW 18.0cm MF: 1.4 STD/E
 DTW 18.0cm STD/E

BRIGHTSpeed SYSTEM 5 31 CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA BRIGHTSpeed SYSTEM
 EX: 18458 AC: NUM: 18458 EX: 18458 ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSETEIRA S. 300 RHT
 SEC: 300 RHT F 50 0073008 AL: A19.86 Cor DOB: 05 Jan 1968 ID: 2
 DT: 1 01 Aug 2018 512 DTW 18.0cm MF: 1.4 STD/E
 DTW 18.0cm STD/E

BRIGHTSpeed SYSTEM 5 31 CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA BRIGHTSpeed SYSTEM
 EX: 18458 AC: NUM: 18458 EX: 18458 ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSETEIRA S. 300 RHT
 SEC: 300 RHT F 50 0073008 AL: A19.86 Cor DOB: 05 Jan 1968 ID: 2
 DT: 1 01 Aug 2018 512 DTW 18.0cm MF: 1.4 STD/E
 DTW 18.0cm STD/E

BRIGHTSpeed SYSTEM 5 31 CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA BRIGHTSpeed SYSTEM
 EX: 18458 AC: NUM: 18458 EX: 18458 ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSETEIRA S. 300 RHT
 SEC: 300 RHT F 50 0073008 AL: A19.86 Cor DOB: 05 Jan 1968 ID: 2
 DT: 1 01 Aug 2018 512 DTW 18.0cm MF: 1.4 STD/E
 DTW 18.0cm STD/E

BRIGHTSpeed SYSTEM 5 31 CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA BRIGHTSpeed SYSTEM
 EX: 18458 AC: NUM: 18458 EX: 18458 ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSETEIRA S. 300 RHT
 SEC: 300 RHT F 50 0073008 AL: A19.86 Cor DOB: 05 Jan 1968 ID: 2
 DT: 1 01 Aug 2018 512 DTW 18.0cm MF: 1.4 STD/E
 DTW 18.0cm STD/E

BRIGHTSpeed SYSTEM 5 31 CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA BRIGHTSpeed SYSTEM
 EX: 18458 AC: NUM: 18458 EX: 18458 ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSETEIRA S. 300 RHT
 SEC: 300 RHT F 50 0073008 AL: A19.86 Cor DOB: 05 Jan 1968 ID: 2
 DT: 1 01 Aug 2018 512 DTW 18.0cm MF: 1.4 STD/E
 DTW 18.0cm STD/E

BRIGHTSpeed SYSTEM 5 31 CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA BRIGHTSpeed SYSTEM
 EX: 18458 AC: NUM: 18458 EX: 18458 ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSETEIRA S. 300 RHT
 SEC: 300 RHT F 50 0073008 AL: A19.86 Cor DOB: 05 Jan 1968 ID: 2
 DT: 1 01 Aug 2018 512 DTW 18.0cm MF: 1.4 STD/E
 DTW 18.0cm STD/E

BRIGHTSpeed SYSTEM 5 31 CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA BRIGHTSpeed SYSTEM
 EX: 18458 AC: NUM: 18458 EX: 18458 ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSETEIRA S. 300 RHT
 SEC: 300 RHT F 50 0073008 AL: A19.86 Cor DOB: 05 Jan 1968 ID: 2
 DT: 1 01 Aug 2018 512 DTW 18.0cm MF: 1.4 STD/E
 DTW 18.0cm STD/E

| | |
|------|------|
| 1211 | 1211 |
| 1212 | 1212 |

L=1.73C
 3.154pm/5.62 0.562:1 AVERAGE
 111t: 0.0
 0.85 /HE 14:59:56/DB-00
 W:2020 1:35D

CLÍNICA ODONTOLÓGICA OLIVEIRA
 ALC NUN.: 19488
 AGÊNCIA LENTIA M. S. ROSARIANA
 508 - 05 Jan 1988
 01 Aug 2018
 NF-1.4
 512

120
150

1.15400/5.52 D.562:1 AVERAGE
114: 0.0
1.85 /ME 14:59:55/00.00
1:2006 1:350

ALBERTO GONZALEZ DIAZ
ACC Muni: 19498
ALBERTO GONZALEZ N. S. KOSILTA
F 50 0079068
DOB: 05 Jan 1968
U1 Aug 2018
512
MF: 1.4

NEW YORK

120

```

avgc
104RR/5.62 0.562:1 AVERAGE
it: 0.0
RS/4H 14:59:56/00.00
2000 L:350

```

clinicaacrx@gmail.com

(95) 3224 - 7999 (95) 3224 - 0485 (95) 3623 - 1091 Fax

(95) 99122 - 2122 Vivo (95) 98119 - 0555 Tim

BY

CLÍNICA RADIOLÓGICA UZIVANÁ

S 31
 ALMICA RADIOLOGICA, OLIVE
 AEC NINE: 000
 ALZENITA TEXIANA M. S. ROSE
 F 50 DAY 1
 DDB: 01 Aug 21
 H:

CLINICA RADIOLOGICA
AC. NUP
ALZEMERA TEXERA M. S. I
I 50
DOI: 05 13



01 A

CLINICA RADIOLOGICA
ALLENBACH STRASSE 11
1000 BERLIN 1
T 97
S 31



1000

Large
3.1E+00/5.62 0.562:1 AV
T116: 0.0
0.88 /HE 14:39:56/00.00

CLINICA RADIOLOGICA OLIVIERA - RENTGENDIAGNOSTIC
DEC. NOME: 184662 ES - 184658
ALZAVERA TULLIOA
M. S. 6081788 \$60.300 18747
F. 50 0029026 M. P28 30. L687
DOB: 05 Jan 1959 1m 76 15
DI Aug 2018
512 DEW 18.0000
M: 1.4 STD/L

CLINICA SODULIOTICA OLIVERIA
ACC NUM: 1818H
MEXICA TEXETA H. S. ROSSIAN
F 50 007306
JOS: 05 Jan 1986
01 Aug 2011
51
MF-1

Large
3.164mm/5.62 0.562:1 AVERAGE
1
11C: 0.0
0.85 / HE 14:59:56/00.00
40D 1:40

TEL: 011 440 1234567 FAX: 011 440 1234567
 ALBERTO TELLEZ M. S. ROSALES SR. 1946B
 I 50 0070988 SR. 500 RPH
 8901 05 Jan 2008 Lat: 20
 01 Aug 2010
 312 DOW 18,0cm
 M1-1.4 SMOKE

CLINICA ROBINSON Y FELIXA
ACC Num: 18468
ALFREDO Y FELIXA N. S. ROSEIRA
F 50 0073058
DOB: 05 Jan 1968
01 Aug 2018
512
M: 1.4

1240
158
164mm/5.52 0.562-1-ATRADT
1C: 0.0
85 /HE 14:59:56/06:50
1-40

(95) 3224 - 7999 (95) 3224 - 0485 (95) 3623 - 1091 Fax

(95) 99122 - 2122 Vivo (95) 98119 - 0555 Tim

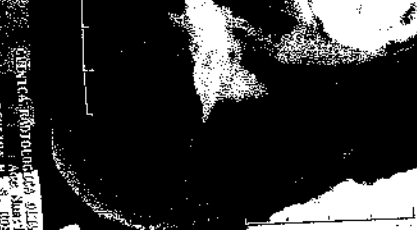
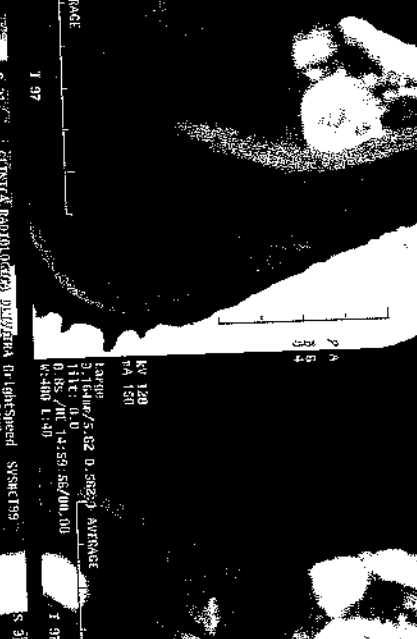
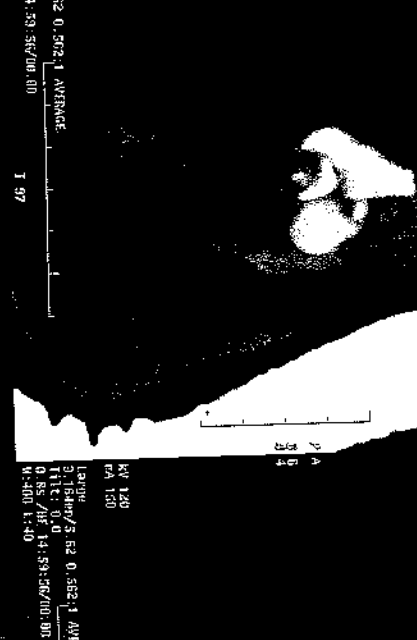
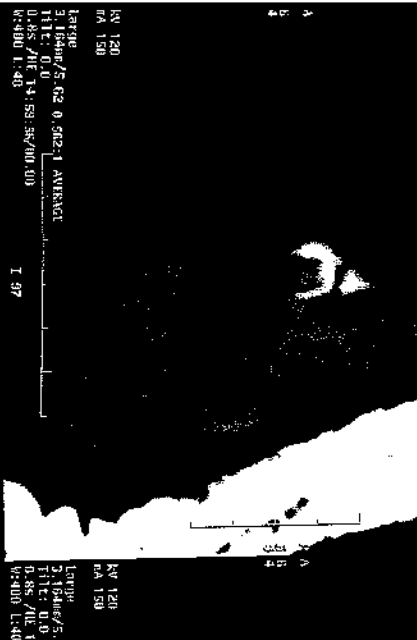
Clinica Radiológica Oliveira

Av. Ville Roy, 6529 - Centro, (Esp. com Araújo Filho)
69.301-000 Boa Vista-RR

Clinica Radiológica Oliveira

BrighSpeed SPINCT99
Esp: 18468
Sec: 301 RPT
ML 664.27 Ssq
Dose: 1
DTWV 18.0cm
SINOV/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA BrighSpeed SPINCT99
Ave. Nogueira 1448 Esp: 18468
ALZEMIRA TENEIRA M. S. 2052.66 Ssq: 301 RPT
F 50 0070008 ML R24.70 Ssq
Dose: 1
DTWV 18.0cm
SINOV/E



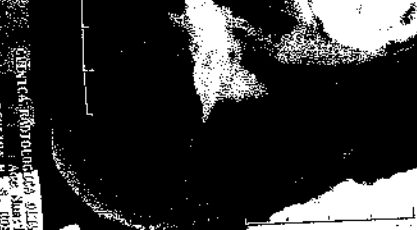
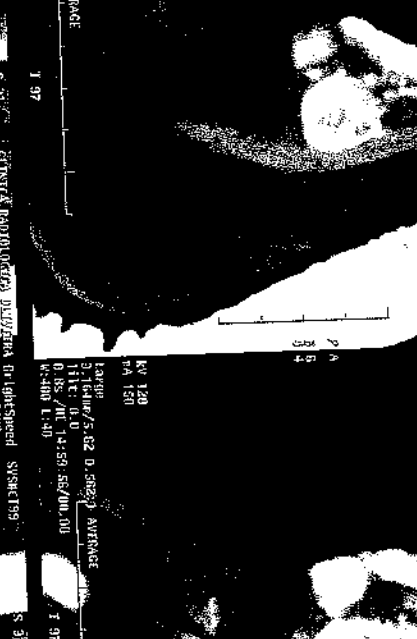
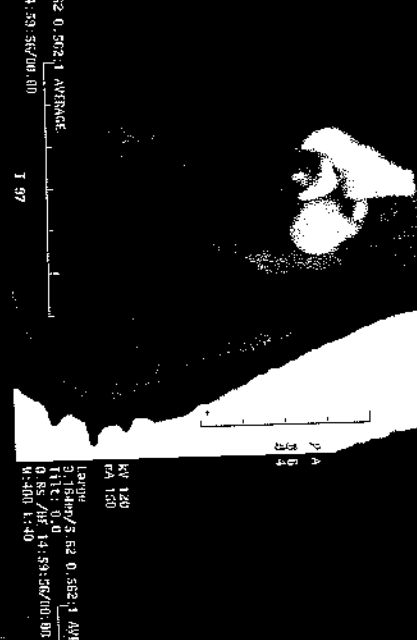
BrighSpeed SPINCT99
Esp: 18468
Sec: 301 RPT
ML 664.27 Ssq
Dose: 1
DTWV 18.0cm
SINOV/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA BrighSpeed SPINCT99
Ave. Nogueira 1448 Esp: 18468
ALZEMIRA TENEIRA M. S. 2052.66 Ssq: 301 RPT
F 50 0070008 ML R24.70 Ssq
Dose: 1
DTWV 18.0cm
SINOV/E



BrighSpeed SPINCT99
Esp: 18468
Sec: 301 RPT
ML 664.27 Ssq
Dose: 1
DTWV 18.0cm
SINOV/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA BrighSpeed SPINCT99
Ave. Nogueira 1448 Esp: 18468
ALZEMIRA TENEIRA M. S. 2052.66 Ssq: 301 RPT
F 50 0070008 ML R24.70 Ssq
Dose: 1
DTWV 18.0cm
SINOV/E



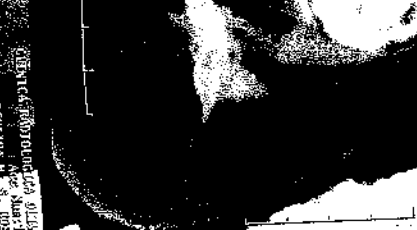
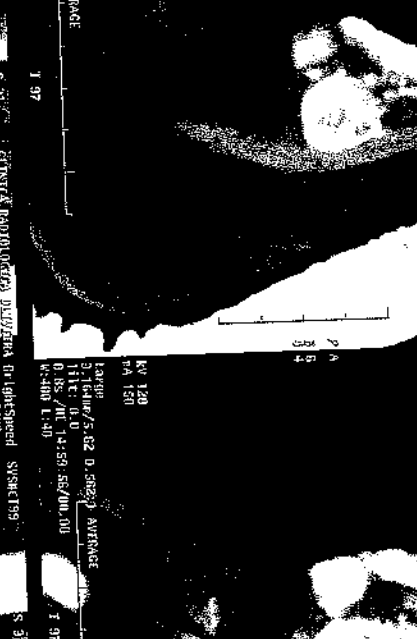
BrighSpeed SPINCT99
Esp: 18468
Sec: 301 RPT
ML 664.27 Ssq
Dose: 1
DTWV 18.0cm
SINOV/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA BrighSpeed SPINCT99
Ave. Nogueira 1448 Esp: 18468
ALZEMIRA TENEIRA M. S. 2052.66 Ssq: 301 RPT
F 50 0070008 ML R24.70 Ssq
Dose: 1
DTWV 18.0cm
SINOV/E



BrighSpeed SPINCT99
Esp: 18468
Sec: 301 RPT
ML 664.27 Ssq
Dose: 1
DTWV 18.0cm
SINOV/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA BrighSpeed SPINCT99
Ave. Nogueira 1448 Esp: 18468
ALZEMIRA TENEIRA M. S. 2052.66 Ssq: 301 RPT
F 50 0070008 ML R24.70 Ssq
Dose: 1
DTWV 18.0cm
SINOV/E



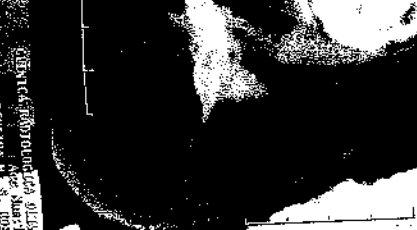
BrighSpeed SPINCT99
Esp: 18468
Sec: 301 RPT
ML 664.27 Ssq
Dose: 1
DTWV 18.0cm
SINOV/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA BrighSpeed SPINCT99
Ave. Nogueira 1448 Esp: 18468
ALZEMIRA TENEIRA M. S. 2052.66 Ssq: 301 RPT
F 50 0070008 ML R24.70 Ssq
Dose: 1
DTWV 18.0cm
SINOV/E



BrighSpeed SPINCT99
Esp: 18468
Sec: 301 RPT
ML 664.27 Ssq
Dose: 1
DTWV 18.0cm
SINOV/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA BrighSpeed SPINCT99
Ave. Nogueira 1448 Esp: 18468
ALZEMIRA TENEIRA M. S. 2052.66 Ssq: 301 RPT
F 50 0070008 ML R24.70 Ssq
Dose: 1
DTWV 18.0cm
SINOV/E



BrighSpeed SPINCT99
Esp: 18468
Sec: 301 RPT
ML 664.27 Ssq
Dose: 1
DTWV 18.0cm
SINOV/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA BrighSpeed SPINCT99
Ave. Nogueira 1448 Esp: 18468
ALZEMIRA TENEIRA M. S. 2052.66 Ssq: 301 RPT
F 50 0070008 ML R24.70 Ssq
Dose: 1
DTWV 18.0cm
SINOV/E



Clinica Radiológica Oliveira

Av. Ville Roy, 6529 - Centro, (Esq. com Araújo Filho)
69.301-000 Boa Vista-RH

CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EX: 18468
SR: 301 RPT
ML: 651,61 589
DR: 1
DPOV: 18.000
SYND/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EX: 18468
SR: 301 RPT
ML: 651,61 589
DR: 2
DPOV: 18.000
SYND/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EX: 18468
SR: 301 RPT
ML: 651,61 589
DR: 3
DPOV: 18.000
SYND/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EX: 18468
SR: 301 RPT
ML: 651,61 589
DR: 4
DPOV: 18.000
SYND/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EX: 18468
SR: 301 RPT
ML: 651,61 589
DR: 5
DPOV: 18.000
SYND/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EX: 18468
SR: 301 RPT
ML: 651,61 589
DR: 6
DPOV: 18.000
SYND/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EX: 18468
SR: 301 RPT
ML: 651,61 589
DR: 7
DPOV: 18.000
SYND/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EX: 18468
SR: 301 RPT
ML: 651,61 589
DR: 8
DPOV: 18.000
SYND/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EX: 18468
SR: 301 RPT
ML: 651,61 589
DR: 9
DPOV: 18.000
SYND/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EX: 18468
SR: 301 RPT
ML: 651,61 589
DR: 10
DPOV: 18.000
SYND/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EX: 18468
SR: 301 RPT
ML: 651,61 589
DR: 11
DPOV: 18.000
SYND/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EX: 18468
SR: 301 RPT
ML: 651,61 589
DR: 12
DPOV: 18.000
SYND/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EX: 18468
SR: 301 RPT
ML: 651,61 589
DR: 13
DPOV: 18.000
SYND/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EX: 18468
SR: 301 RPT
ML: 651,61 589
DR: 14
DPOV: 18.000
SYND/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EX: 18468
SR: 301 RPT
ML: 651,61 589
DR: 15
DPOV: 18.000
SYND/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
EX: 18468
SR: 301 RPT
ML: 651,61 589
DR: 16
DPOV: 18.000
SYND/E



GOVERNO DE RORAIMA
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA 05 DE
OUTUBRO

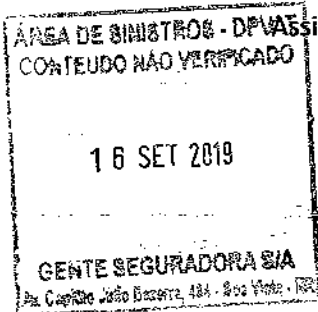
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaramos que o (a) paciente Alzenira Tei-
xeire Maurício da S. Roraima compareceu ao
Núcleo de Reabilitação para realizar tratamento
psicológico.

No dia 09/10/18, de 14:00 a 15:00h.

Assinatura
Suzamita da S. Marinho
PSICÓLOGA
CRP 20161888



Núcleo Estadual de Reabilitação Física 05 de Outubro – NERF
Av. Ataíde Teive, 6459
Bairro: Canaã
Fone: (95) 3625-0794/3627-7196



GOVERNO DE CEARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATESTADO

ATESTADO QUE O USUÁRIO

houn,

PORTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº

SÉRIE _____ NECESSITA DE 60 (dezoito) DIAS
DE AFASTAMENTO, A PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.

C.I.D. _____

Boa Vista 16 de 10 18

Dr. Jesus A. Lopez Aguiar
CRM-BA 566

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTÓLOGICO CRM - CRO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTA NO ART. 86 DO
PGPS APROVADO PELO DEC. Nº 60.501, DE 14/03/87 E, SERÁ EXPEDIDO JUSTIFICA-
TIVA DE 01 À 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATESTADO

ATESTADO QUE O USUÁRIO ALZEM
Teixeira nome

PORTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____

SÉRIE _____ NECESSITA DE 10 (dez) DIAS

DE AFASTAMENTO, À PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.

C.I.D. _____

Boa Vista 25 de 05 de 19

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 566

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTÓLOGICO CRM - CRC

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTA NO ART. 86 DO
FGPS APROVADO PELO DEC. Nº 60.501, DE 14/03/67 E, SERÁ EXPEDIDO JUSTIFICA-
TIVA DE 01 À 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



GOVERNO DO RIO DE JANEIRO
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENADORIA GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Alzenira Teixeira Mourão RECETUÁRIO

H. G. R. da Silva Rosa

Boletim Cirúrgico

DATA: _____

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Melo, 059 - Centro - 20040-000 RJ
CEP: 20.040-059 - CNPJ: 04.013.403/0001-38

1500.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 SET 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Castelo Branco, 444 - Boa Vista - RJ



GOVERNO DO RIO DE JANEIRO
PARAÍZÓIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

20 km fuzilamento novo

RECEITUÁRIO

Laudo nônico

Paciente que sofreu acidente o
de 21/07/18, apresentando fratura
de tornozelo direito, operada
em UCA.

CID S82.5, S82.6

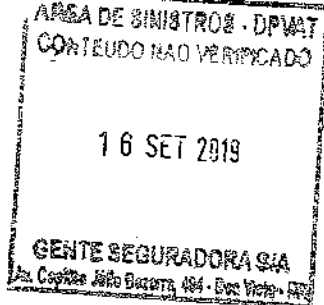
Atualmente evoluindo fisicamente
Tempo de afastamento de
por ordem de 30 (Trinta) dias

DATA 21.08.18

Dr. Jesus A. Lopez Aguiar
CRM-RJ 956

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Faria, 536 - Centro-São José RJ
CEP: 20.001-120 - CNPJ: 04.813.466/0001-00



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: ALZEVN. FERREIRA NOVA. RECEITUÁRIO

Lesão mecânica

Paciente que sofre acidente
o dia 21/08/18, apresentando trauma
de tornozelo direito, operado no
dia 08/09/18 no UON.

Atuando e uso de
bota ortopédica e reductor.
Ter retorno rápido para o dia
25/09/18.

DATA: 04/09/18

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 566
Assinatura e Carimbo

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

RR

NOME
ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA S ROSEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
109794 SSP RR

CPF
346.001.913-15

DATA NASCIMENTO
05/01/1968

FILIAÇÃO
HONORIO TEIXEIRA
MOURAO
MARIA JOSE DA SILVA
MORAO

PERMISSÃO
ACC
CATHAB
A.B.

IP REGISTRO
06034182857

VALIDADE
17/02/2022

PHABILITAÇÃO
28/03/2014

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
12/05/2017

89598868544
RR209027916

ASSINATURA DO EMISSOR
RORAIMA

DENATRAN - CONTRAN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1415847328

PROIBIDO PLASTIFICAR
1415847328



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
547798

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0319260/19

Vítima: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA I

CPF: 346.001.913-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/07/2018

Titular do CPF: MOURAO DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

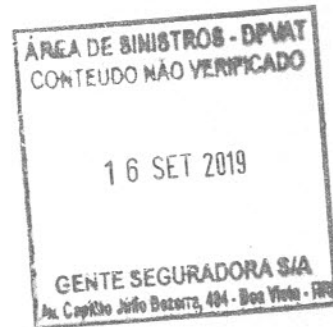
DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA : 346.001.913-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/09/2019
Nome: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA
CPF: 346.001.913-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190532698 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA **Data do acidente:** 21/07/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO TIBIAL DIREITO.

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

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

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 MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PG 8 - CIRURGIA
PG 30 A 38 - EXAMES DE IMAGEM

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 completa da mobilidade de um tornozelo | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0319260/19

Vítima: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA I

CPF: 346.001.913-15

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/07/2018

Titular do CPF: ALZENIRA TEIXEIRA
MOURAO DA SILVA
ROSEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA : 346.001.913-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/09/2019
Nome: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA
CPF: 346.001.913-15

ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

24/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIR

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02084-2

CONTA: 000001000475-6

Nr. Autenticação

BRADESCO2409201905000000000023702084000001000475168750 PAGO