

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 <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor Público <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
42 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 42					
500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/> 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		
		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		
	41	05/03/2020 13:21:40			
	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)	VALDENOR ALVES GOMES Advogado	
	39	04/03/2020 16:26:40	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	
	38	04/03/2020 12:58:17	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)	Eduarda Araujo de Oliveira Estagiário	
	37	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	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 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)	VALDENOR ALVES GOMES Advogado		
	33	05/02/2020 00:04:28	DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (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	
<input type="checkbox"/> 32	03/02/2020 08:38:48	JUNTADA DE OUTROS	LIANE FLORIANO DIAS Estagiária		
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA					



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6^ª 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

2ª Lesão

10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Intense

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.

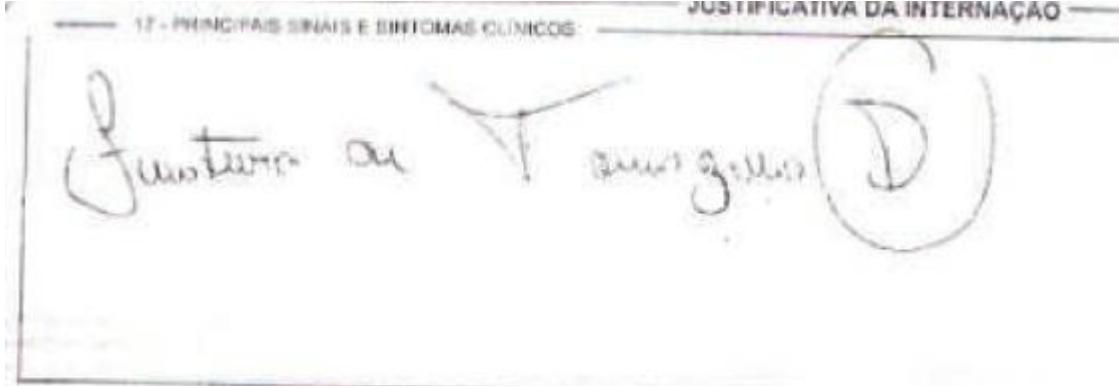
DESSA FORMA, TOTALMENTE DIVERGENTE A CONCLUSÃO DO PERITO JUDICIAL, CUJO LAUDO A RÉ IMPUGNA TOTALMENTE, DEVENDO SER ACOLHIDO O LAUDO ADMINISTRATIVO QUE SE TRAZ A DEMANDA.

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 EXTRAI DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA, A LESÃO AFETOU O TORNOZELO DA VÍTIMA.

*1ª Unidade - Dr. Elair
A vítima caiu em trincheira (1) por falta de
A vítima caiu em trincheira (1) por falta de
CD: Intervenção Militar*



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					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					

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 conforme 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 **Data do acidente:** 21/07/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
SILVA ROSEIRA

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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:

ALZENIRTEIXEIRAMOURÃO 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:

ALZENIRTEIXEIRAMOURÃO DAS SILVA ROSEIRA

6 - CPF:

346001.913-15

7 - Profissão:

AGRICULTORA RURA FLAMBOIAN

8 - Endereço:

JARDIM PRIMAVERA

12 - Cidade:

BOA VISTA

9 - Número:

511

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69314-184

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

45991705016

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:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 9084 CONTA: 1000 475-6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 ALIENCIAS 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.

16 SET 2019

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 identificação 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 Sim teve filhos? Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não31 - 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Boa Vista-RR 11/09/19

Alzenira Teixeira Mourão

dasilva 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 N° 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

ENDERECO: RUA FLAMBOIÃ, N° 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 N° REG. CNH:1415847328

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE: MARIA JOSE DA SILVA MORÃO

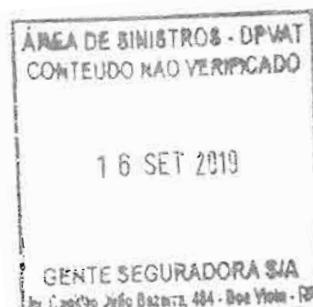
O comunicante, que é habilitada, compareceu nesta Delegacia Especializada, para informar que 'que no dia 21/07/2019, aproximadamente às 19:00 horas, quando seguia pela Avenida Mário Homem de Melo, Bairro Santa Tereza, sentido Bairro, conduzia a MOTOCICLETA BIZ 125 EX, PLACA NAV 8788, CHASSI 9C2JC4830FR006409, 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 VITIMAS.


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 é ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração, que é de origem, conforme previsto nos Artigos 339-denúncia 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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

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:

346.001.913-15

7 - Profissão:

AGRICULTORA RUA FLAMBOYAN

8 - Endereço:

JARDIM PRIMAVERA

12 - Cidade:

BOA VISTA

9 - Número:

511

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

RR

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.314.184

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

451941705016

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

DADOS BANCÁRIOS

BENEFÍCIO ARBITRADO/INDENIZAÇÃO

PRESENTE VÉGUE DE 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: 9084

CONTA: 1000 475 - 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a 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 (EU NÃO VOU AO IML)

Declaro, sob as penas da lei, que estou informando a minha realidade quanto ao atendimento do Instituto, visando a minha solicitação de cobertura de indenização.

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

16 SET 2019

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, conforme a 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 disconcorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado: _____

Distrito Federal

Espírito Santo

Minas Gerais

Rio de Janeiro

Rio Grande do Sul

Santa Catarina

Paraná

Espírito Santo

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: _____

Sim Não

30 - Vítima deixou

nascer (vainascer):

Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: _____

Falecidos: _____

Sim Não

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim Não

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

Beira-Rio 11/09/19

Alzenira Teixeira Mourão

das SILVA Roseira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Bravo II

Unidade:

Equipe: Belo Horizonte

Paciente: ALZENIRZA TEIXEIRA MOURA

Idade: 50 Sexo: F

Endereço: Av. Mário H. Moreira

Santa Izabel

CHAMADA

Nº 13 589

DATA 21/07/18

HORA: 19:15

Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM:

Diegelliz

19:17

MOTIVO

[] SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NO LOCAL [] OUTRO Incêncio

AUTOMÓVEL

 Cinto [] SIM [] NÃO Vítima [] projetada [] encarcerada Air Bag: [] SIM [] NÃO Motorista: [] Passageiro [] dantesco [] traseiro [] Capotamento [] Atropelamento [] Colisão _____

MOTO: _____

 Condutor Carona Capacete [] SIM [] NÃO [] queda [] Atropelamento [] Colisão _____

BICICLETA: _____

 Condutor Carona [] queda [] Atropelamento [] Colisão _____

VIOLENCIA

 FAB PAF []

Espancamento _____

 Violência Doméstica Violência Sexual Tentativa de suicídio [] Outro: _____

OUTROS

 [] Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto [] Queda, altura aprox.: _____ [] Acidente Doméstica [] Queimadura Agente _____ [] Agressão p/ animal _____ [] Outros: _____

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário da ocorrência)

AVALIAÇÃO INICIAL

Vias Aéreas

 Dispnéia Bradipnéia Taquipnéia Reep. Ruidosa Obstruída Apnéia Outro: E

Ventilação

 M.V. Diminuído _____ M.V. Ausente _____ Hipertimpanismo Maciez Farida Aspirativa Espontânea

Circulação

 Bradicárdico Taquicárdico Arrítmico Enolamento capilar acima de 2° Ausente DAVDN Miose Midriase Anisocoria Otoméria Otorragia Rhinorrágia Aparentemente alcoolizado DNV

Aval. Neurológica

 (P)

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/Hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Inicio	14:40	100	20	100			J3	
Fim	14:48	96	20	99				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Confusão				
<input type="checkbox"/> Quentela	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Lacerção	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Lacerção	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações
<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Lacerções	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Tórax Instável	<input type="checkbox"/> Dilatando
<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Afundamento	<input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia	<input type="checkbox"/> Resp. paradoxal	<input type="checkbox"/> Em tábua
<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Penetração	<input type="checkbox"/> CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	<input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Doloroso
<input type="checkbox"/> Cianótica					<input type="checkbox"/> Evisceração

Pelve	Coluna Dorsal	Membros	
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Fratura <u>lateral Fratura colo</u>
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Amputação
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Lacerções	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/>

<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sínusal	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Neurogálica	<input type="checkbox"/> Infecções	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Obstétricas	<input type="checkbox"/> HAS	
<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Pediátrica	<input type="checkbox"/> Medicina de uso	
	<input type="checkbox"/> Cardiovacular	<input type="checkbox"/> Outra		
	<input type="checkbox"/> Aborto			

GRAVIDADE COMPROVADA	<input type="checkbox"/> ILESO	<input type="checkbox"/> PEQUENA	<input type="checkbox"/> MÉDIA	<input type="checkbox"/> OUTRO
	<input type="checkbox"/> SEVERA	<input type="checkbox"/> MORTE	<input type="checkbox"/> INDEFINIDA	

<input type="checkbox"/> Cancelamento	<input type="checkbox"/> Multiplos meios acionados
<input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento	<input type="checkbox"/> Policia Militar <u>NBA 9057</u>
<input type="checkbox"/> Não se encontrava no local	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal
<input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização	<input type="checkbox"/> SMTRAN
<input type="checkbox"/> Trote	<input type="checkbox"/> Bombeiro
<input type="checkbox"/> Bombeiro no local:	<input type="checkbox"/> Outros:

<input type="checkbox"/> Iniciada as: _____	<input type="checkbox"/> Término as: _____	DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA
<input type="checkbox"/> RCP com sucesso		<u>Basileia</u>
<input type="checkbox"/> RCP sem sucesso		<u>Stephanie</u>
<input type="checkbox"/> Obs.: _____		<u>F</u>

INCIDENTE

RCP

卷之三

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

16 SET 2019

- Cosme e Silva
- HCSA
- Matemática
- Outros

SAMU 192-BV
CONFERENCE
ORIGINAL
Em. 03/05/19
Stephanie

CERTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Descrição:	GENTE SEGURADORA S/A Av. Ceará 2000 Beira Mar - Rio Br. - RJ
	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: _____

AB-19:154 - Fomos acionados para atendermos ocorrência de
acidente de trânsito; onde de fato ocorreu, encontrando a paciente
em decúbito dorsal, realizado protocolo de trauma, banha rápida
colar cervical, immobilização do membro, processo ventro calíboso, adm
medicação conforme orientações do médico regulador, DBOV estável,

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA	
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala		
1. Abre os olhos	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4 <input checked="" type="checkbox"/>	10 - 24	4 <input checked="" type="checkbox"/>
2. Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3 <input type="checkbox"/>	25 - 35	3 <input type="checkbox"/>
3. Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2 <input type="checkbox"/>	> 36	2 <input type="checkbox"/>
4. Não abre os olhos	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1 <input type="checkbox"/>	01 - 09	1 <input type="checkbox"/>
5. Orientado	Belubcia	Belubcia	5 <input type="checkbox"/>	0	0 <input type="checkbox"/>
6. Confuso	Choro intenso	Choro intenso	4 <input type="checkbox"/>	> 90	4 <input type="checkbox"/>
7. Palavras inapropriadas	Choro a dor	Choro a dor	3 <input type="checkbox"/>	70 - 89	3 <input type="checkbox"/>
8. Sons ou gemidos	Gemido a dor	Gemido a dor	2 <input type="checkbox"/>	50 - 69	2 <input type="checkbox"/>
9. Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma	1 <input type="checkbox"/>	01 - 49	1 <input type="checkbox"/>
10. Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	Movimentos espontâneos	6 <input type="checkbox"/>	0	0 <input type="checkbox"/>
11. Localiza a dor	Retira ao toque	Retira ao toque	5 <input type="checkbox"/>	14 a 15	5 <input checked="" type="checkbox"/>
12. Flexão normal	Retira a dor	Retira a dor	4 <input type="checkbox"/>	11 a 13	4 <input type="checkbox"/>
13. Flexão anormal	Flexão normal	Flexão normal	3 <input type="checkbox"/>	8 a 10	3 <input type="checkbox"/>
14. Extensão a dor	Flexão anormal	Flexão anormal	2 <input type="checkbox"/>	5 a 7	2 <input type="checkbox"/>
15. Nenhuma	Nenhuma	Nenhuma	1 <input type="checkbox"/>	3 a 4	1 <input type="checkbox"/>

nos os procedimentos supra-estados, paciente encaminhada
o trauma em risco.

del 10/03/2013
Biotaxa Santa Margarida Poco
Instrumentos de medida Caja
Fernández 418.57.755

30/semana:

erda de fígido

Com cartão Sem cartão

GESTANTE

Movimentos fatais: _____
BCF: _____

MATERIAL E MEDICAÇÃO

2 ataduras de 20 cm
2 suspensões de 10 cm
51 seringas de 20 ml, o 1 geloso 10



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 369/13

Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0039413-0

Nº da Nota Fiscal 003463740

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada
pela Lei nº 10.439 de 26 de abril de 2002.

ÁREA DE BIMISTROS - DIPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

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

LZENTRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA
FLAMBOIAN 511 JARDIM PRIAVERA

PF: 00034600191315

EP: 69.314-184 - BOA VISTA

ROT: 11.001.19.02.097900

DADOS DA LEITURA	kWh	kVAh	DATAS DA LEITURA
Atual	42260		20/08/2019
Anterior	41963		18/07/2019
Constante de Multiplicação.	1,000		19/09/2019
Consumo Medido:	297		16/08/2019
Consumo Faturado:	297	FCAH	Emissão: 20/08/2019
			Apresentação: 33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligaçao	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
ESID.BX.RENDA	B1	E2827640	N 1511330	1.4.1.2	422

HISTÓRICO kWh		DESCRICAÇÃO 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	OACAO LBV - 0800 0555099	22,00
JAN/19	338	CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00	1,56
DEZ/18	401	ULTA POR ATRASO DE I 06/19-00	1,51
NOV/18	564	UROS DE MORA POR ATR 06/19-00	0,33
OUT/18	584	ULTA POR ATRASO 06/19-00	3,30
DEZ/18 SEM TRIBUTOS:		UROS DE MORA DE IMPO 06/19-00	2,20
0 H 30 - 0,217550		LUMINACAO PUBLICA	25,23
0 H 180 - 0,392550			
0 A 220 - 0,553490			
0 A 297 - 0,621650			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora solicita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04/09/2019, e não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na CERSA. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO 22FO. E0AA.4538.8D57.B097.CD4F.0800.1BAA

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

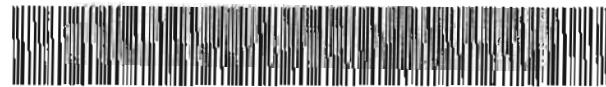
ESG	TR	DMIC	ENCRH
Mês	Consumo	Anual	Mensal
9,24	18,49	36,99	8,46
Consumo			16,92
			33,84
			4,99
9,24	18,49	36,99	8,46
Consumo			16,92
			33,84
			4,99
0,88		5,00	0,26

FLORESTA Prazo de vencimento 06/2019 R\$ 53,39

ROT: 11.001.19.02.097900

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0039413-0	235,90
MES FATURADO	VENCIMENTO
08/2019	06/09/2019
Nº da Nota Fiscal	FCAN
003463740	FCAN

83690000002 4 35900075000 0 0000000039 8 41300819008 9



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José 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. Princípe, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Albenir Teixeira Macêdo da cujo o condutor era Albenir Teixeira Macêdo da RCS-2.

Vascula: ~~Alpinia~~ *silue Roseae*

Veículo: MOTO 2014/2015
Modelo: B1318561

Modelo: B12 125 EX
Ano: Branco 2

AN. Granca 2014/2015
Placa: N 011 8798

Placa: PRV 8788
Chassi: 9C21C4830, FR006409.

Data do Acidente: 21/07/2018

Local e Data: Av. Mário Homen de Melo Santa Tereza
21/07/2018

~~João~~ 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



lado
lado
Rafael S...
Tec da Enfermagem
TGFN/RR

1800984782	21/07/2018 21:08:14	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			NOTURNO 18-
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF ⁰⁷
ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO DA S. ROSEIRA		05/01/1968	50 A 6 M 16 D	704200262859888	34600191315
Identidade	109794	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade
Mãe		F	NAO	PARDA	BRASILEIRA
Maria José da Silva Mourão			INFORMADO	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				Pressão
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA				LEILSON.SOUZA
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
Acidente Automobilístico					
Anamnese de Enfermagem	GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 15				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : : h) Paciente trazida pelo SMC nôo uso de alcool/drogas/pilhas (pomada + colar crucifixo). Última exaustão automobilística (Moto + carro) p/uso de cintos. Negativa fumantes, desmaios e perda de conscientia					
Exame Físico	A - VAP visual sem implicações B - PNF sem PA C - Pupilas hiperdinamicamente RE: 25mm D - glaucoma IS pupilas isocircosas → fotorreflexos E - Fundos em perca (A)				
Hipótese Diagnóstica					
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 CRUZ FIRMADO					
1) Tencocicam 40mg EV 20/07/2019 2) Dipronec 0,15g EV 3) Transfusão de SINTETICAS 1000ml + SF 0,9% 30ml HOSPEITAL GERAL DE RORAIMA Av. Eng. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto Tel (65) 2121-0520 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO AUTENTICAÇÃO 23/07/2019 16 SET 2019					
Dr. Leilson Diniz Certifico e Dou Fé que a presente cópia é Fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital					
Conduta	At. Consulta 07h00min, 11h - Boa Vista - RR <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>Outras Unidades</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			

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

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



§ 100 para - Dois filhos

Y se mire dentro un fumogato (D) por fuera de
A punto fumar en fumogato (D) en Rx.
CD: Intoxicación

Rezension

ÁREA DE BIMESTRES - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO





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

Almaína Lúcia Maria da Silva Reina

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

166903

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

710142100216285198818

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/01/68

9 - SEXO

F

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Maria Jose da Selva Reina

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

N.º DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

R. Filambosiem, 511, Jardim Reina

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

1812

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Justificativa de Tumor gástrico

ÁREA DE SINISTROS - DEPART
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 SET 2019

HOSPITAL GERAL DE KORAINA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Av. Planalto Tel (55) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

23 ABR. 2019

Certifico e Dou Fá que é presente
época e falso. Produção Original
que foi apresentado neste Hospital

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tumor gástrico

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

RX

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Intervento Cirúrgico de Justificativa de Tumor gástrico

Clínica

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

() PPT/ETLE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Eduardo

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

21/04/18

32 - ASSINATURA E CÁRIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

ANPRA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

41 - CNAE DA EMPRESA

42 - CBOR

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0308010015
T068
5828 V295

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

•

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CÁRIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

07/04/18

20 - 13
PREScrição DIÁRIA

Brasília - Distrito Federal - Brasil

Agência Reguladora do Distrito Federal

Agência Reguladora do Distrito Federal

INÍCIO / SETOR

NOME DO PACIENTE

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

Alcino Almeida - da Cunha

QUARTO
LEITO

PREScriÇÃO

HORÁRIO

OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

Nº DE REGISTRO
23 ABR. 2013

Faço a Declaração de que a apresentação
é fiel Reprodução desse
apresentação nest

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

1. Dúvida Quais vias

OC. PA = 328/73

2. AVIS Dúvidas

P = 72

3. Diáfragma Ad (L) 6/6 M.

T = 36,30C

4. Subcostal Vias (C) Ad 1/2 M (D) 1/5

5. Abdomen 100 cm + 10 cm (C) 8/8 M

6. Ureter 20 cm (C) 8/8 M SIN.

7. C660 + 2500

8. Ab. Bifida.

9. Regulador

10. Regulador

11. Regulador

12. Regulador

13. Regulador

14. Regulador

15. Regulador

16. Regulador

17. Regulador

18. Regulador

19. Regulador

20. Regulador

21. Regulador

22. Regulador

23. Regulador

24. Regulador

25. Regulador

26. Regulador

27. Regulador

28. Regulador

29. Regulador

30. Regulador

31. Regulador

32. Regulador

33. Regulador

34. Regulador

35. Regulador

36. Regulador

37. Regulador

38. Regulador

39. Regulador

40. Regulador

41. Regulador

42. Regulador

43. Regulador

44. Regulador

45. Regulador

46. Regulador

47. Regulador

48. Regulador

49. Regulador

50. Regulador

51. Regulador

52. Regulador

53. Regulador

54. Regulador

55. Regulador

56. Regulador

57. Regulador

58. Regulador

59. Regulador

60. Regulador

61. Regulador

62. Regulador

63. Regulador

64. Regulador

65. Regulador

66. Regulador

67. Regulador

68. Regulador

69. Regulador

70. Regulador

71. Regulador

72. Regulador

73. Regulador

74. Regulador

75. Regulador

76. Regulador

77. Regulador

78. Regulador

79. Regulador

80. Regulador

81. Regulador

82. Regulador

83. Regulador

84. Regulador

85. Regulador

86. Regulador

87. Regulador

88. Regulador

89. Regulador

90. Regulador

91. Regulador

92. Regulador

93. Regulador

94. Regulador

95. Regulador

96. Regulador

97. Regulador

98. Regulador

99. Regulador

100. Regulador

101. Regulador

102. Regulador

103. Regulador

104. Regulador

105. Regulador

106. Regulador

107. Regulador

108. Regulador

109. Regulador

110. Regulador

111. Regulador

112. Regulador

113. Regulador

114. Regulador

115. Regulador

116. Regulador

117. Regulador

118. Regulador

119. Regulador

120. Regulador

121. Regulador

122. Regulador

123. Regulador

124. Regulador

125. Regulador

126. Regulador

127. Regulador

128. Regulador

129. Regulador

130. Regulador

131. Regulador

132. Regulador

133. Regulador

134. Regulador

135. Regulador

136. Regulador

137. Regulador

138. Regulador

139. Regulador

140. Regulador

141. Regulador

142. Regulador

143. Regulador

144. Regulador

145. Regulador

146. Regulador

147. Regulador

148. Regulador

149. Regulador

150. Regulador

151. Regulador

152. Regulador

153. Regulador

154. Regulador

155. Regulador

156. Regulador

157. Regulador

158. Regulador

159. Regulador

160. Regulador

161. Regulador

162. Regulador

163. Regulador

164. Regulador

165. Regulador

166. Regulador

167. Regulador

168. Regulador

169. Regulador

170. Regulador

171. Regulador

172. Regulador

173. Regulador

174. Regulador

175. Regulador

176. Regulador

177. Regulador

178. Regulador

179. Regulador

180. Regulador

181. Regulador

182. Regulador

183. Regulador

184. Regulador

185. Regulador

186. Regulador

187. Regulador

188. Regulador

189. Regulador

190. Regulador

191. Regulador

192. Regulador

193. Regulador

194. Regulador

195. Regulador

196. Regulador

197. Regulador

198. Regulador

199. Regulador

200. Regulador

201. Regulador

202. Regulador

203. Regulador

204. Regulador

205. Regulador

206. Regulador

207. Regulador

208. Regulador

209. Regulador

210. Regulador

211. Regulador

212. Regulador

213. Regulador

214. Regulador

215. Regulador

216. Regulador

217. Regulador

218. Regulador

219. Regulador

220. Regulador

221. Regulador

222. Regulador

223. Regulador

224. Regulador

225. Regulador

226. Regulador

227. Regulador

228. Regulador

229. Regulador

230. Regulador

231. Regulador

232. Regulador

233. Regulador

234. Regulador

235. Regulador

236. Regulador

237. Regulador

238. Regulador

239. Regulador

240. Regulador

241. Regulador

242. Regulador

243. Regulador

244. Regulador

245. Regulador

246. Regulador

247. Regulador

248. Regulador

249. Regulador

250. Regulador

251. Regulador

252. Regulador

253. Regulador

254. Regulador

255. Regulador

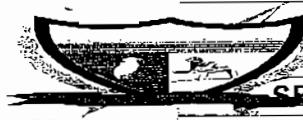
256. Regulador

257. Regulador

258. Regulador

259. Regulador

260. Regulador



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
IDADE	LEITO		DATA 22/07/2018
ÍTEM	PREScriÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		Monit
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		02/14
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN		22/07/2018 SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		SN 10/15/02
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		im
15			
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			

AV. BRIG. EDUARDO GOMES, S/N
NOVO PLANalto, Tel: (53) 221-0620
AUTENTICAÇÃO
23 ABR. 2018

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

DR. ALFREDO
ORTOPEDISTA
CRM 1000

PA. PC. FR. T.c.

SINAIS VITAIS				
6 H	130x70	72	20	36,3°C
12 H	133x66	69	19	36°C
18 H	100x60	08	19	36°C
24 H	136x75	73	19	36,1°C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

17:20hs - Realizado procedimento de troca SSVV,
adm. med. epm. Segue os procedimentos de enfermagem

Tereza R. A. Batista
Téc. Enfermagem
COREN RR 2579

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima



PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH.	DN
PACIENTE			
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS		HAS	NEGA
IDADE		LEITO	13
ITEM		PRESCRIÇÃO	
1		DIETA ORAL LIVRE	
2		AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia	
3		CEFALOTINA 1G EV 6/6H	
4		TILATIL 20mg 12/12hs	
5		DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N	
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	
8		RANITIDINA 50MG EV 8/8HS	
9		SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	
10		SSVV + CCGG 6/6 H	
12		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG	
14		CURATIVO DIARIO	
15			
16			
17			
18			
19			
20		<p><u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). 23 ABR 2013 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE > 30% Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital</p>	

E DOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

Paracetamol 500mg
 Bon estade juntar can
 Paracetamol 500mg
 Ba P T2X

Pode ser reaberto
 alto horário
 on 16:55h

16:55h
 16:55h
 16:55h
 16:55h

SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H	131/74	72	36.1
18 H			
24 H			

00 SEM INFORMAÇÕES 20 Paracetamol 500mg
 00 SEM INFORMAÇÕES 20 Paracetamol 500mg
 00 SEM INFORMAÇÕES 20 Paracetamol 500mg

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA

Diemerson Costa da Silva
 Tec de Enfermagem
 COREN - 664 181

Altoe 10/08



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

PAZ

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

PAZ

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

ALZBETHINHA TELFIMA NOVAH.

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

466903

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

910412010121628159181818

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/01/68

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Maria José da Silva (Mauricéa)

000

11 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

Rua Flambalan - 511 - Jardim Primavera

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bee Vista

RR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Sofre acidentes, queimadura de
e lumbago fortes d Tornozelo dr.

ÁREA DE SINAIS - DIAVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

16 SET 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Clinica

1. TAI (TIA):
2. EBDG (Educação):
3. EBDG (Educação):
4. Novo Planalto Tz (2) 2141-0620
AUTENTICAÇÃO

9.3.08.23

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

Pr perte dr.

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Getúlio Vargas, 681 - Bela Vista - RJ

Certifico e Declaro fôr que a presente
cópia é fial Rep. Núc. Orig.:
que foi apresentado no Hospital

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura pilão tibial nef

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

ÓSTEOTOMIA PILÃO TIBIAL NCP

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Jefferson Lopes Aguiar

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

09/08/10

32 - F. ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNAE DA EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

40 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

41 - EMPREGADO

42 - EMPREGADOR

43 - AUTÔNOMO

44 - DESEMPREGADO

45 - APOSENTADO

46 - NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

0408050543

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

01/08/10

5823

0408050543



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

ALZ 801007
TET 024 0000

Data: 05/06/18

O.S. _____

AGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura (caso) P/CLAO TIBIAL NO 1

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

O DE INTERVENÇÃO: ORTEGIMENTO P/CLAO TIBIAL NO 1

EDICAÇÕES E ACIDENTES:

AGNÓSTICO OPERATÓRIO: O nco

CIRURGIAO: Dr Jesus

1º AUXILIAR: Dr C Evolu

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA: PAON

ANESTESISTAS: Dr C Evolu

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

MINISTÉRIO PÚBLICO DE RORAIMA
Av. Dr. Eng. Eduardo Góes, 5150
Novo Planalto Tel (65) 2421-0020

AUTENTICAÇÃO

23 ABR. 2018

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fidel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Paciente anestesiado,
Alergico, contágio, genitor
Corpo estéril

Incisão lateral, detecta ósteo nódulo biliar,
redutor e bivalve - peça 1/2 cm x 05 mm
+ 03 parâmetros centímetros + 02 parâmetros centímetros
Incisão redutor, duração c/te bruta - d'Nelio
redutor e bivalve e parâmetro elevado 05 -
1/2 cm, c/te dura ?

Dr. JESUS A. LOPES AGUIRRE
CRM-RR 566

Carlos Belchior La Rosa
Médico
CRM-RR 483

A DE SINISTROS - DP/MT
TEUDO NAO VERIFICADO

16 SET 2019

ENTE SEGURODORA SIA
Av. João Goulart, 401 - Balaia - RR



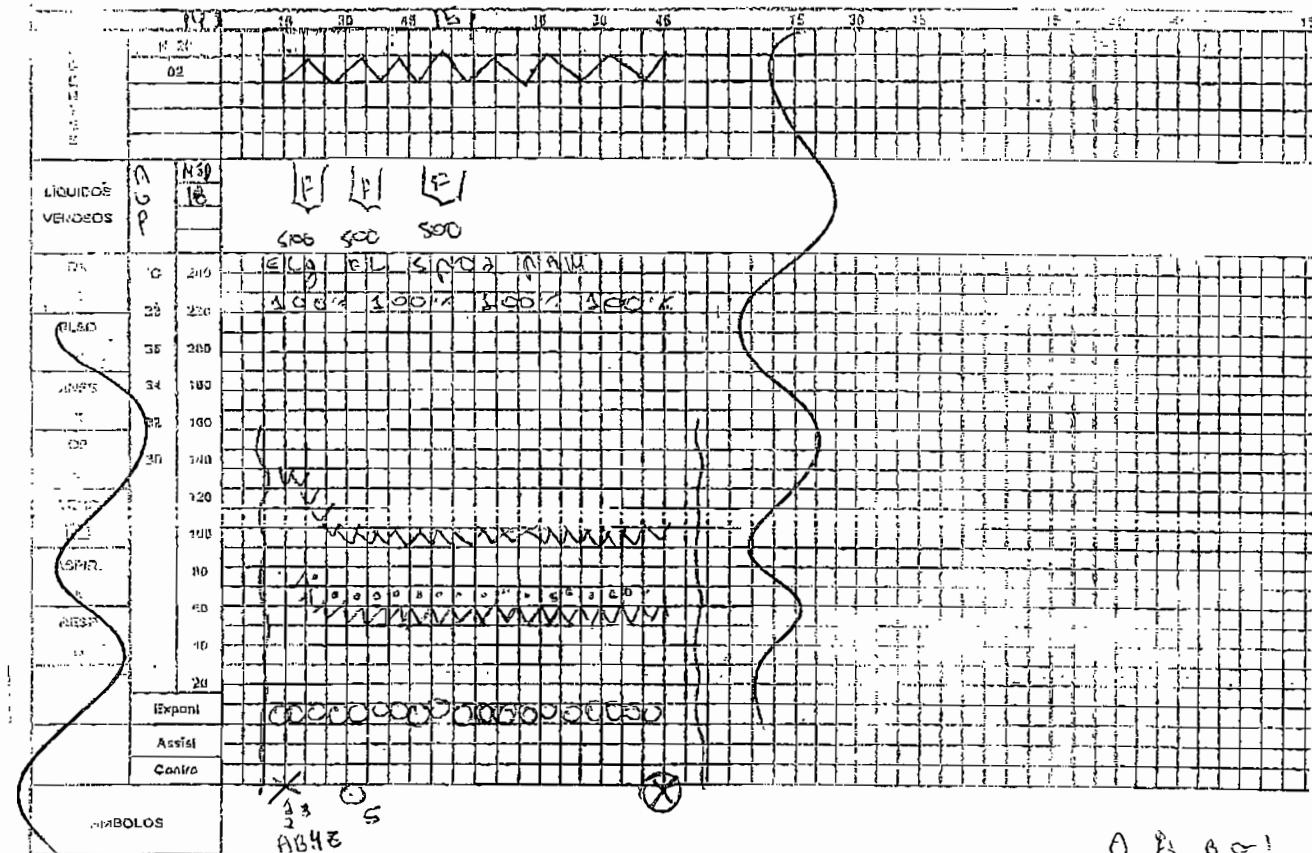
DEZENIRA TEIXEIRA MOURÃO, SC A

09.58.5

ANEXO - MATERIAIS - DROGA - DOSE - 1984 - EFEITO

- midazolam 5 mg (1)
 - propantheline 100 mg (1)

120A Wiske - RR



A \approx B \approx 1

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANESTÉSICOS
A. Bupivacaina 0,3% 15 mg		Perineurais tégmenos Lombosacra simples L3-L4	x - Monitomizado no paciente e 02 sds em Nérin
B.		U. A. C. 250 mlts de 16 mlts	L - Isogital e anestesia
C.		metacrom 500 mg ventilador	de aréola lombosacra
D.		esponjinha	z - BLOQUEIO DE NERVOSE
E.			com Atropinato S.H.
F.			3 - Dexametasona 10 mg IV
G.			4 - Etomidate 5 mg IV
GLÍCIDE	LÍQUIDOS	Dáudu - Nero / Oto Fortipes Nero / Otoresinal - Cegas Sai - Tens - Calibre de Tens Sob Máscara	5 - Tiltal 40 mg IV
SP 0,9% 1500		Dificuldade Técnica: NÓ	6 - Cefazolina 0,6 (K)
		TEMPO DE ANESTESIA	
1500 ml	14:15	AE 15:45	
			Adeno - Glucagon - Epinefrina - TA Dexametasona - Salbutamol - Insulina Budrea - etc - etc.
			Hemorragia - 4 min Bact Tequicardia -
		osteossintese de fratura de pílão tibial (P)	

1000000000

DR. Euklyptus

24702

— 1 —

—

Dra. Evelyne Fernandes
Médica CRM/MR 1424
Anestesiologista RQE 181

HOSPITAL GERAL LÉ CORRÊA
Av. Dr. Eduardo Gómez, S/N
Novo Planalto Tel (55) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel à do documento Original.
Data: 20/05/2015



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

50 (CINQUENTA)

ME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Elizângela Teixeira Moura da Messeiro	BLOCO A 112-16-1	CIRURGIA	04/08/2018

TIPO	INICIO	FIM	TEMPO DE DURAÇÃO
			TEMPO TOTAL
Ressecção da Fractura do tornozelo (D)	14:25	15:35	1:10

ESPECIALIZADO	ANESTESISTA:
DR. Jesus	DR. Ercilini
DR. Paulos Henrique	DR. Jose Neto
DR. L. I. A. R.	Yank
DR. DE ANESTESIA: Roque	DR. Ercilini M.
14:01	14:01
TEMPO DE DURAÇÃO:	

ITEM	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500 ml
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N°	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEDA N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
	LÂMINA BISTURI N° 15			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL 10cm x 2cm	
	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSO	
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATAFATA N° 01	
	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM	
	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA COTOL. P/ C2	
	Electrodo		1	OUTROS: 10 fios + CP - 100 ml	

ITEMS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A) ENFERMEIRA CHEFE Ribeiro Luzimara	MATERIAL MEDICAMENTOS	
INSTRUMENTADOR (A) CIRCULANTE DE SALA Elizangela M. T. S. S.	TAXA DE SALA INSTITUTO GERAL DE RORAIMA Av. Eng. Eduardo Gómez Novo Planalto Tel (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é Fiel Reprodução Original
que foi emitida no Hospital

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA BUCA MAXILA FACIAL

Tipo Cirurgia:

Estabilização de Fratura de Tímano (B)
Pilon Tibial

Data: 09/08/2018 N.º DO PRONTUÁRIO:

Paciente: Alzirina, Terezinha Oliveira da S. Idade 50 Anos

Bloco: A Infermaria 114 Leito: 03

Caixa: Pequenos fragmentos N.º

Circulante: Elizangela M. Isac Sala IV

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

Placa 1/3 da cunha 5 furos

Percussor esponjoso n.º 58 L n.º 40 L n.º 35 L

Ricca 1

Dr. Jesus Lopez Aguirre
CRM-RR 566

Médico Responsável

1º Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º Via - CRM

1º ITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Adm. Eduardo G. Reis, S/N
Novo Plantão Tel (65) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

99 ASR. 203

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

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA
CIÊNCIA DE ENFERMAGEM

五
五
五

NOME: Adriana Beatrice Mendes

114

卷之三

1. Estado Emocional/Mental
1. Choroso 1. Sonolento

ପାତାଲପିଣ୍ଡିର
ପାତାଲପିଣ୍ଡିର

Legendaarische Vierais:

1920-1921

3. P.V.C
4. Placa de Blsturul
5. Regular
6. P.M
7. B.R.

4. अप्रैल तिथि विवाह

Páginas

A line graph showing the concentration of a substance over time. The x-axis is labeled "Time" and the y-axis is labeled "Concentration". The curve starts at (0,0), rises to a peak of approximately 1.2 at time 2, and then gradually declines to about 0.5 at time 8.

111

Entradas

CC

卷之三

Exame	Localização	Analgesia	Silencio	Vitais		
			T	P	PA	SPO2
1. Sonda	Or. abd. + recto	Oral	3h	81	84	94
2. Curativa			15'			
3. Dreno			30'			
4. Acesso			45'			
Venoso			2h			
5. Outros			3h			
			1h			
			2h			
			3h			
			4h			
			5h			
			6h			
			7h			
			8h			
			9h			
			10h			
			11h			
			12h			
			13h			
			14h			
			15h			
			16h			
			17h			
			18h			
			19h			
			20h			
			21h			
			22h			
			23h			
			24h			
			25h			
			26h			
			27h			
			28h			
			29h			
			30h			
			31h			
			32h			
			33h			
			34h			
			35h			
			36h			
			37h			
			38h			
			39h			
			40h			
			41h			
			42h			
			43h			
			44h			
			45h			
			46h			
			47h			
			48h			
			49h			
			50h			
			51h			
			52h			
			53h			
			54h			
			55h			
			56h			
			57h			
			58h			
			59h			
			60h			
			61h			
			62h			
			63h			
			64h			
			65h			
			66h			
			67h			
			68h			
			69h			
			70h			
			71h			
			72h			
			73h			
			74h			
			75h			
			76h			
			77h			
			78h			
			79h			
			80h			
			81h			
			82h			
			83h			
			84h			
			85h			
			86h			
			87h			
			88h			
			89h			
			90h			
			91h			
			92h			
			93h			
			94h			
			95h			
			96h			
			97h			
			98h			
			99h			
			100h			
			101h			
			102h			
			103h			
			104h			
			105h			
			106h			
			107h			
			108h			
			109h			
			110h			
			111h			
			112h			
			113h			
			114h			
			115h			
			116h			
			117h			
			118h			
			119h			
			120h			
			121h			
			122h			
			123h			
			124h			
			125h			
			126h			
			127h			
			128h			
			129h			
			130h			
			131h			
			132h			
			133h			
			134h			
			135h			
			136h			
			137h			
			138h			
			139h			
			140h			
			141h			
			142h			
			143h			
			144h			
			145h			
			146h			
			147h			
			148h			
			149h			
			150h			
			151h			
			152h			
			153h			
			154h			
			155h			
			156h			
			157h			
			158h			
			159h			
			160h			
			161h			
			162h			
			163h			
			164h			
			165h			
			166h			
			167h			
			168h			
			169h			
			170h			
			171h			
			172h			
			173h			
			174h			
			175h			
			176h			
			177h			
			178h			
			179h			
			180h			
			181h			
			182h			
			183h			
			184h			
			185h			
			186h			
			187h			
			188h			
			189h			
			190h			
			191h			
			192h			
			193h			
			194h			
			195h			
			196h			
			197h			
			198h			
			199h			
			200h			
			201h			
			202h			
			203h			
			204h			
			205h			
			206h			
			207h			
			208h			
			209h			
			210h			
			211h			
			212h			
			213h			
			214h			
			215h			
			216h			
			217h			
			218h			
			219h			
			220h			
			221h			
			222h			
			223h			
			224h			
			225h			
			226h			
			227h			
			228h			
			229h			
			230h			
			231h			
			232h			
			233h			
			234h			
			235h			
			236h			
			237h			
			238h			
			239h			
			240h			
			241h			
			242h			
			243h			
			244h			
			245h			
			246h			
			247h			
			248h			
			249h			
			250h			
			251h			
			252h			
			253h			
			254h			
			255h			
			256h			
			257h			
			258h			
			259h			
			260h			
			261h			
			262h			
			263h			
			264h			
			265h			
			266h			
			267h			
			268h			
			269h			
			270h			
			271h			
			272h			
			273h			
			274h			
			275h			
			276h			
			277h			
			278h			
			279h			
			280h			
			281h			
			282h			
			283h			
			284h			
			285h			
			286h			
			287h			
			288h			
			289h			
			290h			
			291h			
			292h			
			293h			
			294h			
			295h			
			296h			
			297h			
			298h			
			299h			
			300h			
			301h			
			302h			
			303h			
			304h			
			305h			
			306h			
			307h			
			308h			
			309h			
			310h			
			311h			
			312h			
			313h			
			314h			
			315h			
			316h			
			317h			
			318h			
			319h			
			320h			

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Florine Teixeira Oliveira
No procedimento: Integridade de corpo e órgãos

Anestesista D. S. Oliveira

SALIDA Sala Post-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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
 Sim Não

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

Sim Não Não se Aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA
 Sim Não Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
 Sim Não

Certifico e Deu Fé que a presente é a cópia e foi assinada no Hospital

PACIENTE CONFIRMADO:
 Identificado
 Sítio Cirúrgico
 Procedimento

Pode ser
 Sim Não

PERÍODO CIRÚRGICO
 Aplica Não se Aplica

TIPO DEMARCADO
 Sim Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
 Sim Não Não se Aplica

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:
 REVISÃO DO CIRURGIAO:
 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

ALÉRGIA CONHECIDA
 Não Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
 Não
 Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE FERDA SANGUÍNEA > 500 ml
 Não
 Sim, e ato: uso endovenoso adequado e plântulação

para fluidos
 Pode ser
 Sim Não se Aplica

DATA 09/03/2013
Assinatura
Hora: 10:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS
 Sim Não se aplica

Assinatura e Carimbo



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	A/ 26 F 18/01/2010				
DIAGNÓSTICO	Enfiteuse perianal				
ALERGIAS	HAS		NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		P5	DATA	09/08/10
ITEM	PREScrição				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP: SF 0,9% 500ml 1X/dia				16
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				16 22:00
4	ILATIL 20mg 12/12hs				16 01
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				13:15 01
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				02 08:00
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				16:00
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				
14	CURATIVO DIARIO				M
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

Paciente seca e cr
e boas condições

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

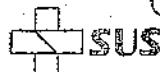
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gómez, S. 11
Novo Planalto Tel (65) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

9-8-2010

Certifico e sou eu que a presente
cópia é fidel Reprodução Original
que foi apresentado nesse Hospital

SINAIS VITAIS				
6 H	120/80	56		
12 H				
18 H	100x70	65	19	33,6°C
24 H	110x75	69		36,5°C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



Altoe 10/08
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

PGH

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HM

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

ALZENIRI TELLES NOVAIS

6 - N° DO PRONTUÁRIO

466903

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9104120101216128159181818

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/01/68

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Maria José da Silva (Mauricéa)

000

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Tamborim - 511 - Jardim Primavera

RR

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bacuriá

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Sofre acidente, queimou dor
e incide ferida d' Torso de.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CHM

ÁREA DE SINISTROS - DPMT
COA/TEU/CO NÃO VERIFICADO

CLAS/DAI/GRAN/FA/2018
Av. Brg. Bento Gonçalves, 2000
Novo Planalto Tel (50) 2121-6620

AUTENTICAÇÃO

16 SET 2019

93 ABR 2019

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

Perde perna dir.

GENTE SEGURADORA SIA
Av. Cidade Jardim, 400 - Bento Gonçalves - RS

Certifico e sou Fá que a presente
cópia é falso Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital.

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

FERATURA PILAO TIBIAL - INF

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

ÓSTEOTOMIA PILAO TIBIAL ICP

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

CHM

Electiva

28 - DOCUMENTO

() CNS

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

() CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Jerônimo Lopes Azum

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

09/08/18

09/08/18

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - N° DO BILHETE

0105

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

09/08/18

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

09/08/18

0908050543

5823

09/08/18

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 29/06/16

O.S. _____

ALZ&alma
TETXOM nous

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Frotum (caso) PICAO TIBIAL R/L

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

O DE INTERVENÇÃO: ORTEJUNTO TIBIAL TIBIAL R/L

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

Or. Fern

CIRURGIAO:

Or. Fern

1º AUXILIAR: Or. C. Engr.

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA: RAOU

ANESTÉSICO:

NÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

Av. Brig. Eduardo Góes, 63 RIOGRANDE
Mato Grosso Tel (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

23 ABR. 2016

Certifico e Deu Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Paciente com febre,
Afebril, cefaleia, gagueira
Corpo estéril

Abcesso lateral, céfalo de melaço bacte,
redura e hér. - placa 1/2 cm. x 05 mm
+ 03 parafuso contínuos + 02 parafuso suspensor
Abcesso redondo, direita c/ fratura d'ilio
redura e frasco c/ parafuso e parafuso d'ili -
- Muro, cr adun ?

Dr. JESUS A. Lopez Aguirre
CRM RR 566

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM RR 483



DEZENIRA TEIXEIRA MOURÃO, SOA

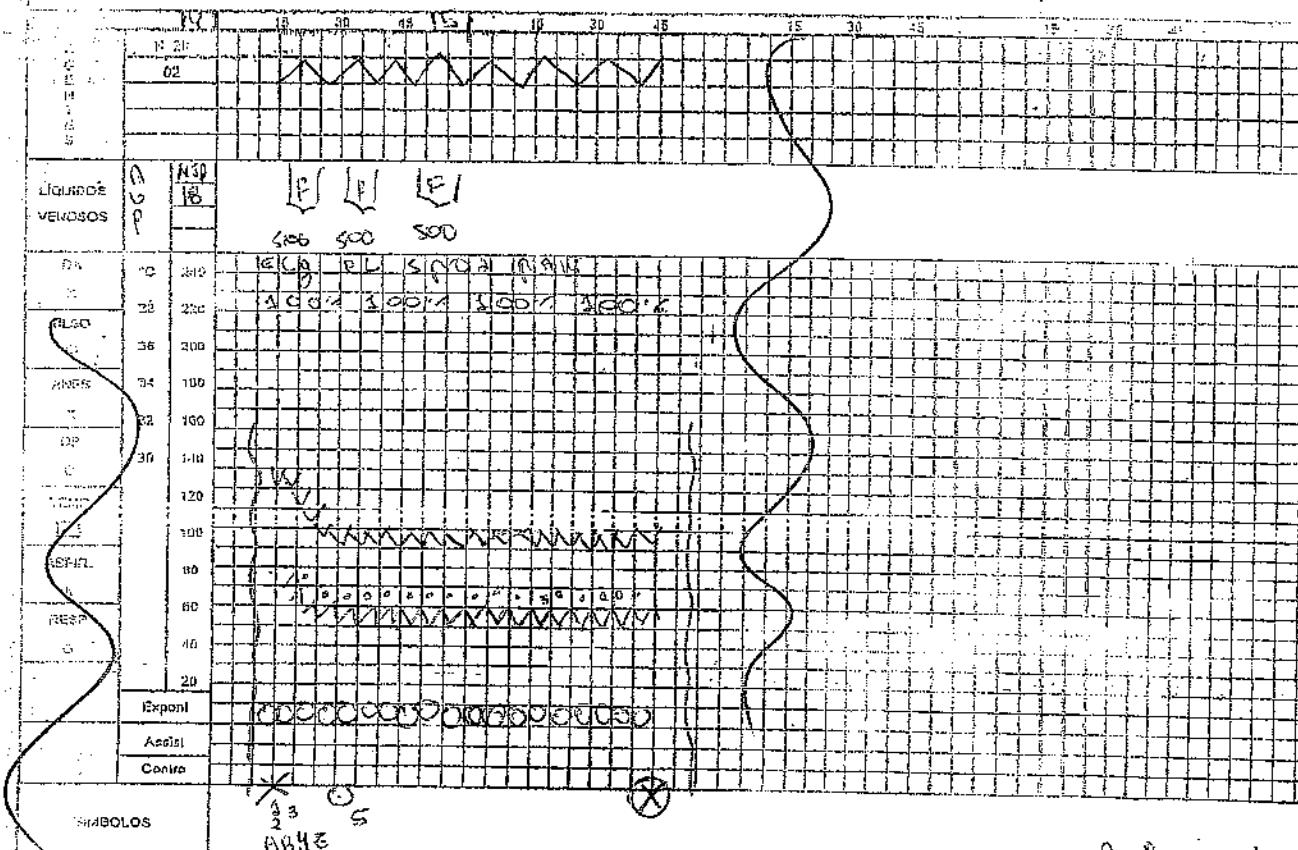
09.58.5

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - MORA - EFEITO

- misspelling of *sig* (1)

aztreonam 300 mg (10)

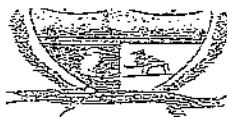
Bob Wisha - R.R.



~~Dra. Evelyn Fernández
Médica CRM/RM 1424
Anestesiologista RQE 18~~

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. BRIG. EDUARDO GOMES, 27
NOVO PLANALTO TEL (95) 2121-0622
AUTENTICAÇÃO

Certifico e Dou Pá que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi assinada



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAIS CONSUMIDOS EM CIRURGIA

50 ANOS

ME DO PACIENTE: Almenara Teixeira Moura da Silva APT OU LEITO: Bloco A Nº DO PRONTUÁRIO: 11.124 DATA: 10/10/2018

TIPO: Ressecção de Fratura de tornozelo CIRURGIA: Pilar Tibucy TIPO: Ressecção de Fratura de tornozelo CIRURGIA: Pilar Tibucy TIPO: Ressecção de Fratura de tornozelo CIRURGIA: Pilar Tibucy

CIRURGÃO: Dra. Jesus ANESTESISTA: Dra. Ercilene
AUXILIAR: Dra. Paula Henrique RES. ANESTESIA: Dra. Jose Neto
LIAIR: Yank INSTRUMENTADOR: Elizangela M. S. Soárez

MATERIAL	VALOR	QUANT	TEMPO DE DURAÇÃO:		VALOR
			INICIO	FIM	
PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.					FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500 ml
PACOTES GAZE					FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
LUVA ESTERIL 7.0					FRASCOS- SORO GLICOSADO
LUVA ESTERIL 7.5					FIO VICRYL N°
LUVA ESTERIL 8.0					FIO MONONYLON N°
LUVA ESTERIL 8.5					FIO ALGODÃO COM AGULHA N°
LUVAS P/ PROCEDIMENTOS					FIO ALGODÃO COM AGULHA N°
LÂMINA BISTURI N° 15					FIO CATGUT SIMPLES N°
DRENO DE SUÇÃO N°					FIO CATGUT CROMADO N°
DRENO DE TORAX N°					FIO PROLENE N°
DRENO DE PENROSE N°					FIO SEDA N°
SERINGA 01ML					SURGICEL Algodura 20 cm
SERINGA 03ML					CERA P/ OSSO
SERINGA 05 ML					KIT CATAFATA N°
SERINGA 10ML					GEOPOM Clorhexidine 100 ml
SERINGA 20ML					FITA CARDIACA Catele P/ EZ
Elétricodors					OUTROS: Algodão 01-100 ml

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A) <u>Enfermeira Chefe Ribeiro Luciene</u>	MATERIAL MEDICAMENTOS	
INSTRUMENTADOR (A) <u>Enfermeira Chefe Ribeiro Luciene</u>	TAXA DE SALA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Góis Novo Horizonte Tel (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO	
INSTRUMENTADOR (A) <u>Enfermeira Chefe Ribeiro Luciene</u>	TAXA DE ANESTESIA	
INSTRUMENTADOR (A) <u>Enfermeira Chefe Ribeiro Luciene</u>	ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	
INSTRUMENTADOR (A) <u>Enfermeira Chefe Ribeiro Luciene</u>	Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital	

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA BUCO MAXILO FACIAL

Tipo Cirurgia:

Estabilização de Fratura de Tornozelo (B)
Pelos Tibiais

Data: 09/08/2018

Nº. DO PRONTUÁRIO:

Paciente: Alegria Teixeira Melo da S. Idade 50 Anos

Bloco: A Enfermaria 114 Leito: 01

Roseira

Caixa: Pequenos fragmentos Nº

Circulante: Elizangela M. ISAC Sala IV

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

Pacar 4/3 de ceno 5 juros

Pancuro expurgo no SEL nº 401 nº 351

Ricota 1


Dr. Josefa Lopez Aguirre
CRM-RR 566

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME:

1º PRONTUÁRIO GERAL DO HOSPITAL
Av. Antônio Eduardo Góes, S/N
Novo Planalto Tel (55) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

9 ABR. 2018

Certifico e Deu Fá que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN
PACIENTE	A 17 g/m, fêmea, havia da dor no estomago			
DIAGNÓSTICO	em dor abdominal			
ALERGIAS	HAS		NEGA	NEGA
IDADE	LEITO	F5	DATA	05/08/10
ÍTEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia			16
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			16
4	TILATIL 20mg 12/12hs			16
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N			16
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			02
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			02
10	SSVV + CCGG 6/6 H			12h
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			
14	CURATIVO DIARIO			M
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; \geq 400: 10 UI E OU GLICOSE \leq 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>				

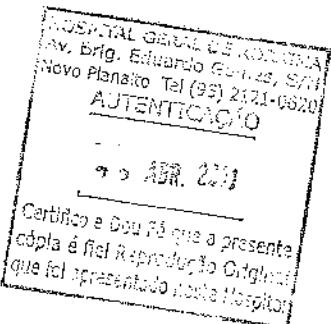
EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

Paciente sem dor
e boas condições

Dr. Jesus A. Lopez Aquinte
CRM RR 566

10/08/10
MTC e nádeas
Dr. Jesus A. Lopez Aquinte
CRM RR 566



SINAIS VITAIS				
6 H	120/80	56		
12 H				
18 H	100x70	65	19	35,6°C
24 H	100x75	69		36,5°C

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

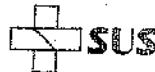


1800984782	21/07/2018 21:08:14	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 19-		
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO DA S. ROSEIRA		05/01/1968	50 A 6 M 16 D	704200262859888	34600191315	ROISON S...		
Tipo Doc Documento		Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
IDENTIDADE 109794				F	NAO	PARDA	CODO - MA	Nacionalidade
Mãe					INFORMADO			BRASILEIRA
MARIA JOSÉ DA SILVA MOURÃO						HONÓRIO TEIXEIRA MOURÃO	Contato	
Endereço						(95) 36274-305		Ocupação
RUA - FLAMBOIAN - 511 - JARDIM PRIMAVERA - BOA VISTA - RR								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	Pressão		
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA							
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.						
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 AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				TOTAL 13		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h) Paciente trazida pelo ORMA nesse uso de alcool (bezerra) praia (piscina + sol + areia). Ultima a evitado automobilístico (Moto + carro) prefer uso de capacete. Nega cossido, desmaios e perda de consciente.								
Exame Físico	A - VAD viral com erupções B - MVS com RA C - Pupila hiperdinâmica PE: 85 bpm D - glaucoma IS pupilas isocárticas → fotorreflexo E - Fractura em perna (A)							
Hipótese Diagnóstica	1 - Tenoecesem 40 mg (FV) 2000 2 - Glaucoma OIG (FV) 3 - Fractura de 100 mg (FV) + SF 0,0% 30 mg							
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) Tenoecesem 40 mg (FV) 2000 2) Glaucoma OIG (FV) 3) Fractura de 100 mg (FV) + SF 0,0% 30 mg				Cruz Fria HOSPITAL GERAL DE RORAIMA AV. EDUARDO GOMES, 3308 - NOVO PLANALTO - FONE: (95) 36274-3050		APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO		
Conduita	<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>Otunilio</u>							
Óbito	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :							
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : :						

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Alcina Iurina Moreira da Silva Rima

6 - N.º DO PRONTUÁRIO
166903

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/01/68

9 - SEXO

F

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Moreira Jose da Silva Moreira

11 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

R. Elizângela, 511, Jardim Residencial
Bom Pastor

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Justificativa de Tumor de Câncer

Justificativa de Tumor de Câncer
Av. Brig. Eduardo Gómez, 540
Novo Horizonte, São Paulo - SP
CEP 04221-0620

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tumor de Câncer

23 ABR 2013
Certifico e Declaro que o presente
é o original da apresentação Original
que foi apresentado neste Hospital

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

RX

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Justificativa de Tumor de Câncer

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Justificativa de Tumor de Câncer

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARMIMBOS DO REGISTRO DO CONSELHO

33 - N.º DO BILHETE

34 - SÉRIE

3 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

4 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - N.º DO BILHETE

5 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - SÉRIE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

39 - CNPJ EMPRESA

() EMPREGADO

40 - CNAE DA EMPRESA

() EMPREGADOR

41 - CBOR

() AUTÔNOMO

42 - APOSENTADO

() DESEMPREGADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARMIMBOS (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

03080100019

1068

5828

V299

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

20 - 13

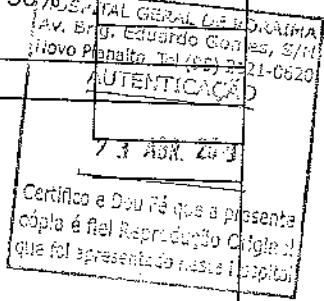
NOME DO PACIENTE		Adriano Duarte Almeida	
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS		Dr. Júlio Cesar Almeida	
DATA / HORA		10/03/2013	
QUARTO		LEITO	
PREScriÇÃO		HOSPITAL GERAL DE CORONEL FERREIRA Av. Brig. Eduardo Góes, S/N Novo Planalto Tel (95) 2121-0820 AUTENTICAÇÃO Dr. Júlio Cesar Almeida Fá que a reprodução neste documento é feita e preservado neste hospital	
HORÁRIO		06:00 - 12:00 P = 72 T = 36,5°C	
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÃO	
1. Dolor abdominal 2. Dolor rectal 3. Diarréia de 6 litros. 4. Náuseas. 5. Vomitos. 6. Dolor intenso. 7. Período de 24h. 8. No Bolo.		1. Dolor abdominal 2. Dolor rectal 3. Diarréia de 6 litros. 4. Náuseas. 5. Vomitos. 6. Dolor intenso. 7. Período de 24h. 8. No Bolo.	
Dr. Fernando Resende Atendente de Emergência		Dr. Fernando Resende Atendente de Emergência	
Regulado para leito		Regulado para leito	
Rx es - F		Rx es - F Regulação Interna	

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

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO DA SILVA PEREIRA		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO		DATA
ITEM	PREScrição		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 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	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			



Evolução MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Certifico e Deu Rá que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentada neste dia

SINAIS VITAIS	PA.	PC.	FR.	T.c.
6 H	130x70	72	20	36,3°C
12 H	113x66	69	39	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 rotofer ssvv, dm. med. epm. Segue os encadeos de enfermeiros

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREScriÇÃO MÉDICA

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO

DIH.

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

ÍTEM

HAS

NEGA

DM2

NEGA

PREScriÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

S/N

2 AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia

16

3 CEFALOTINA 1G EV 6/6H

18

24

4 TILATIL 20mg 12/12hs

17

5 DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N

S/N

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

S/N

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

S/N

8 RANITIDINA 50MG EV 8/8HS

S/N

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

06

10 SSVV + CCGG 6/6 H

S/N

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

R

14 CURATIVO DIARIO

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) 7.3 APR. 2003

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% FÉ que a presente

40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Dr. Eduardo Góes, 5/11
Novo Planalto Tel: (55) 2121-0820

AUTENTICAÇÃO

7.3 APR. 2003
A copia é fidel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

OBUÇÃO MÉDICA:

ao bloco para programação cirúrgica

Pac. est. Pach alta em
 Bon estado geral Con
 Proc. se tipolog. 1a. Pm 9/08/03
 Ro P TAX

Pocutis seabl.
 Ativo hor.
 on 16:55h

Dr. Diemerson Costa da Silva
 Msc. em Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 15342
 C.R.E.N. 004.181

IAIS VITAIS			
6 H			
12 H	135/94	92	36.1
18 H			
24 H			

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA

SEM INFECÇÕES no Perno 00, 86606
 01/08/03 DA ORTOPEDIA
 Diemerson Costa da Silva
 Tec de Enfermagem
 COREN 004.181



58,2 %

21/7/2018 20:48:41

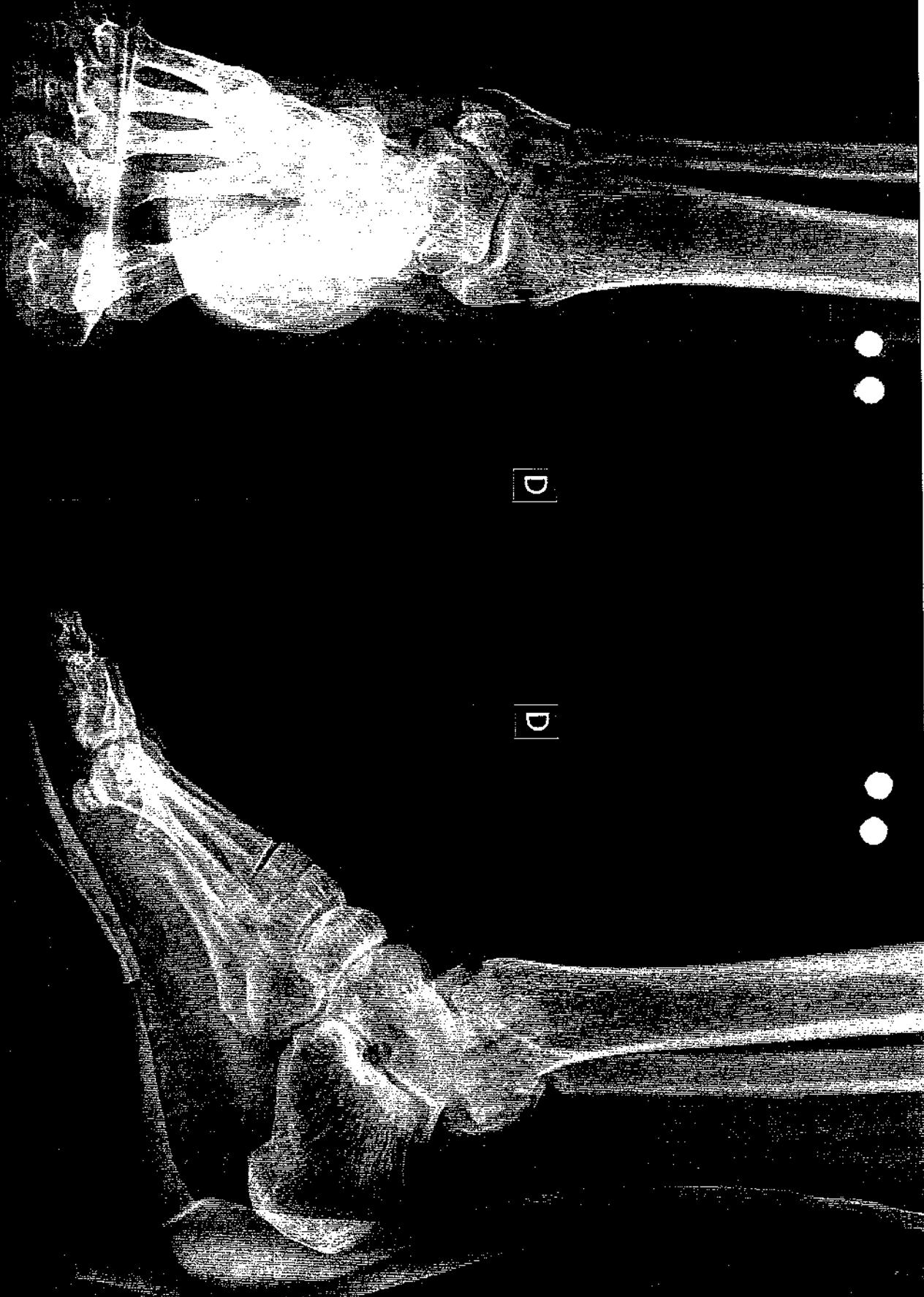
54,1 %

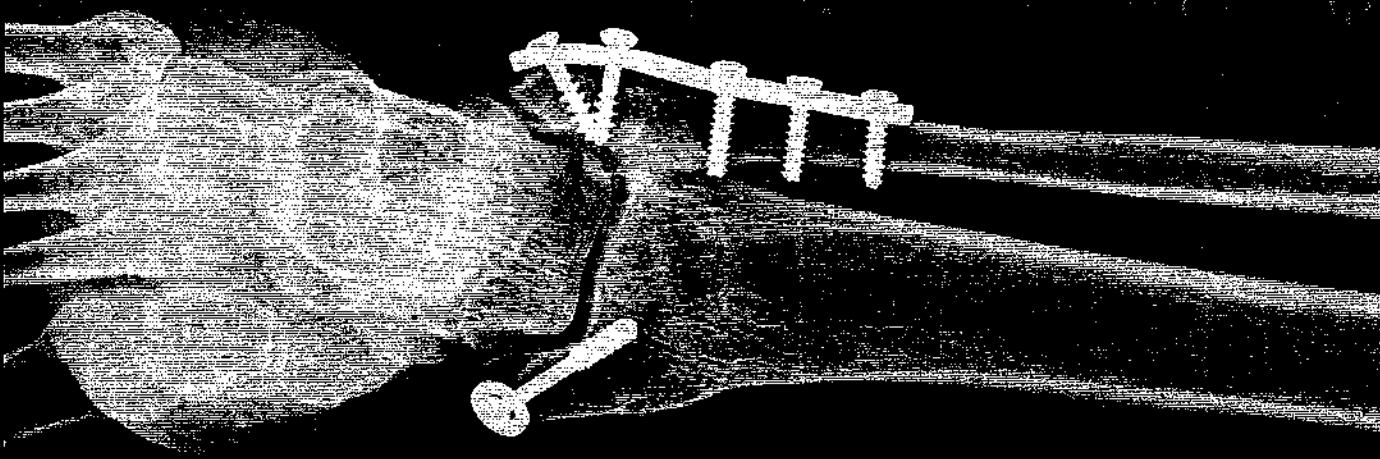
21/7/2018 20:48:41

ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR: HUGO



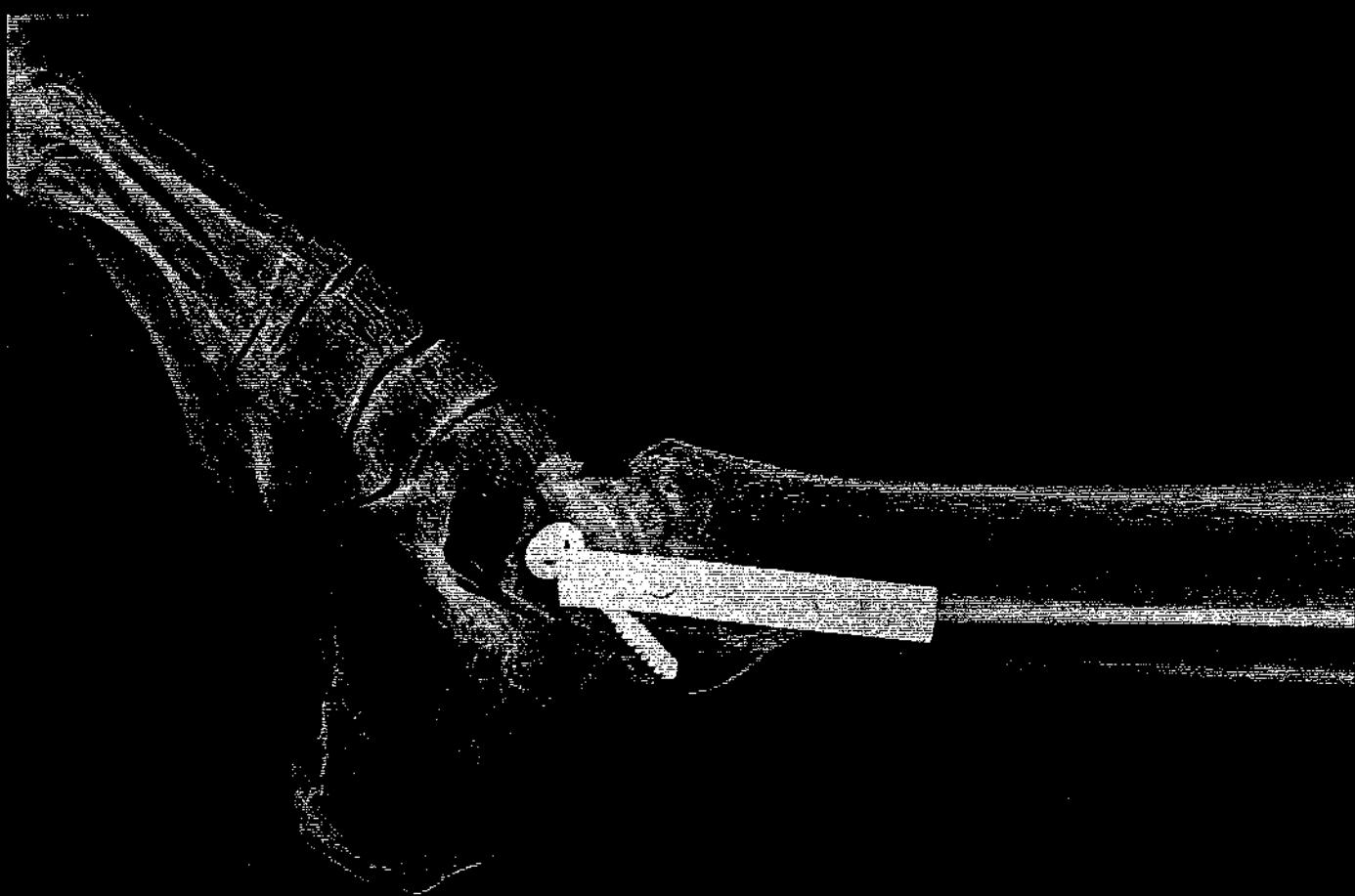


ALZENIRA TEIXEIRA MOURA

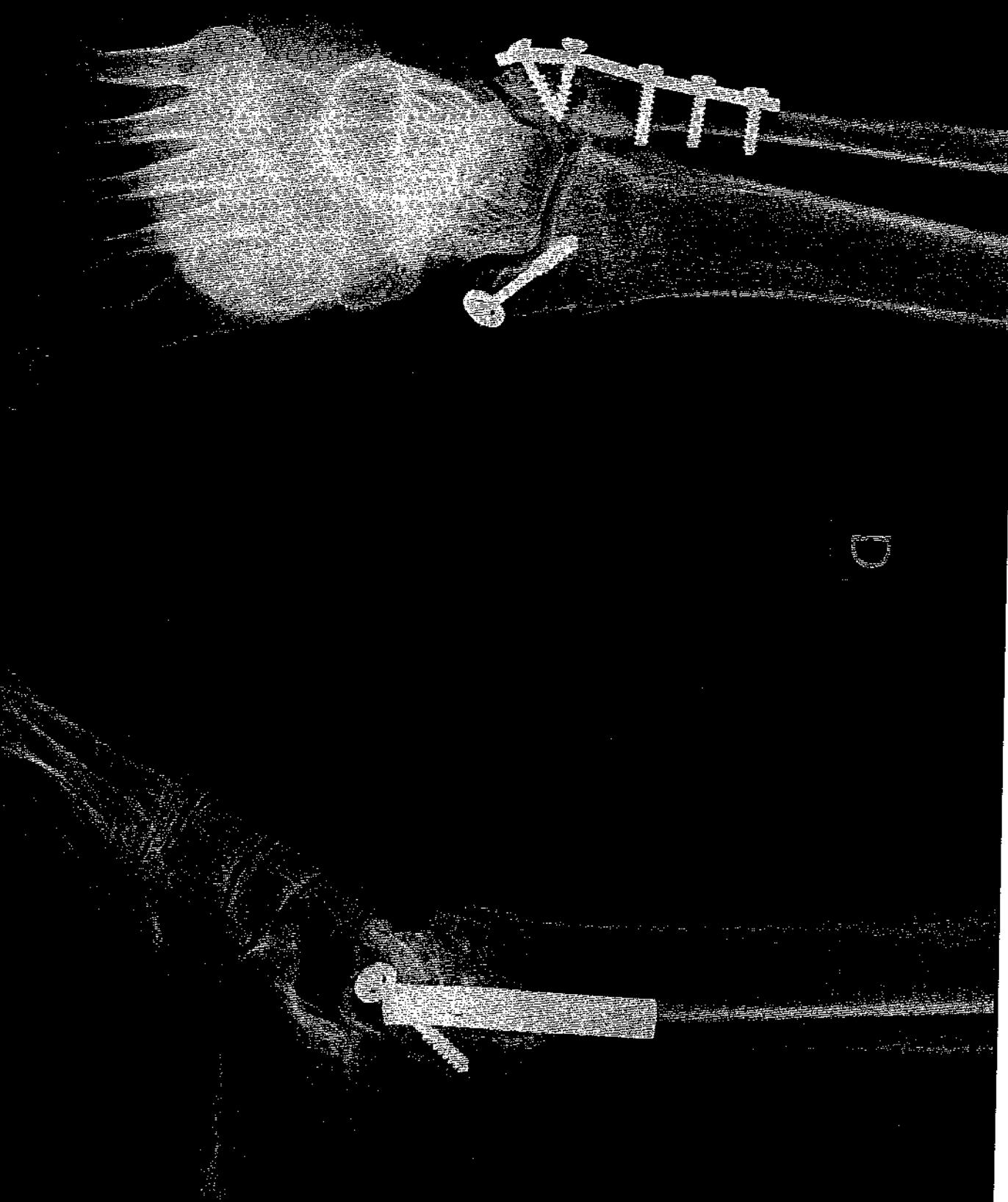
9975

HOSPITAL CORONEL MOTA

02/09/2019



994 %



ALZENIRA TEXEIRA

HOSPITAL CORONEL MOTA

5112

17/05/2019

Cloudaldo

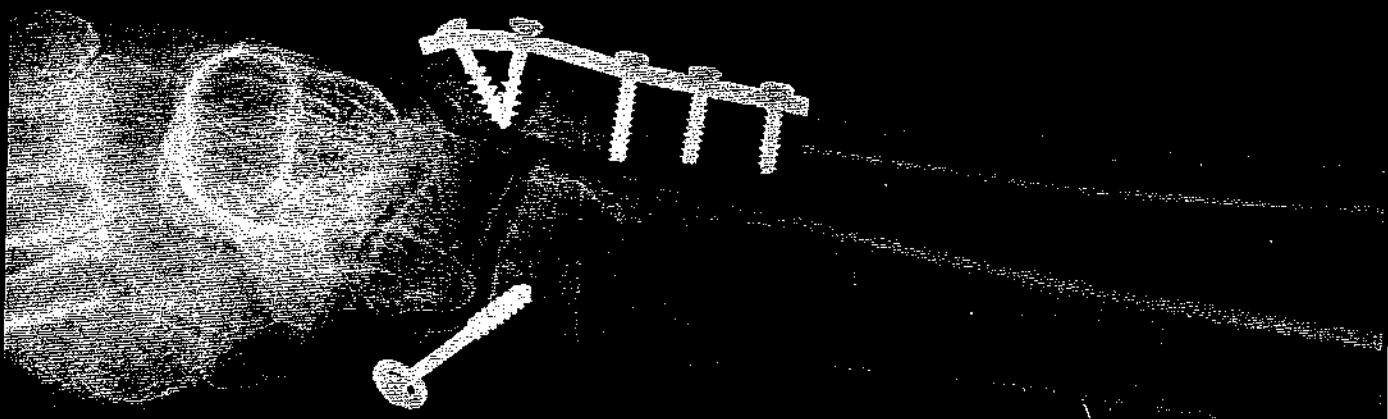
76.4 %

ALZENIRA T. M DA SILVA
HOSPITAL CORONEL MOTA

1582

Wilson

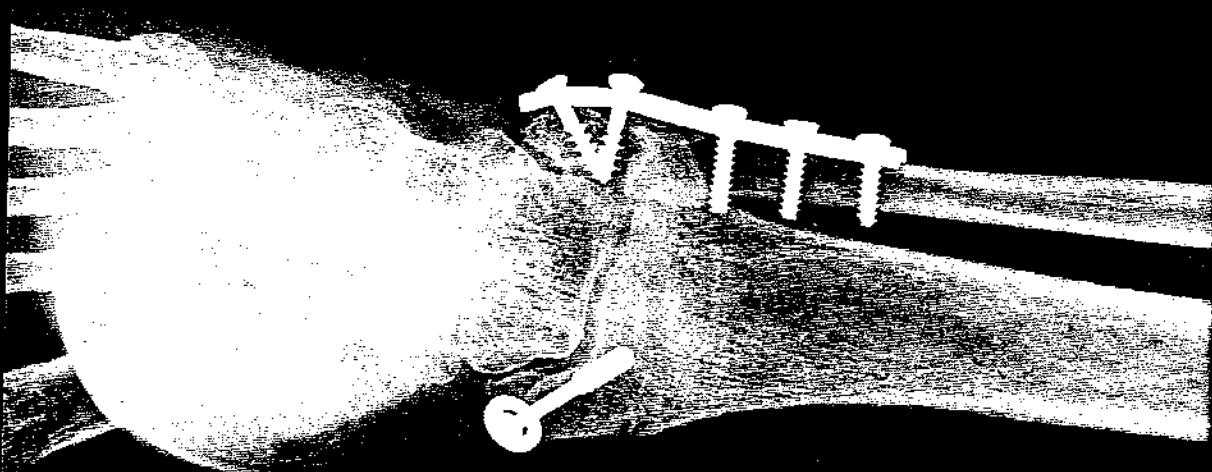
76.4 %



D



D



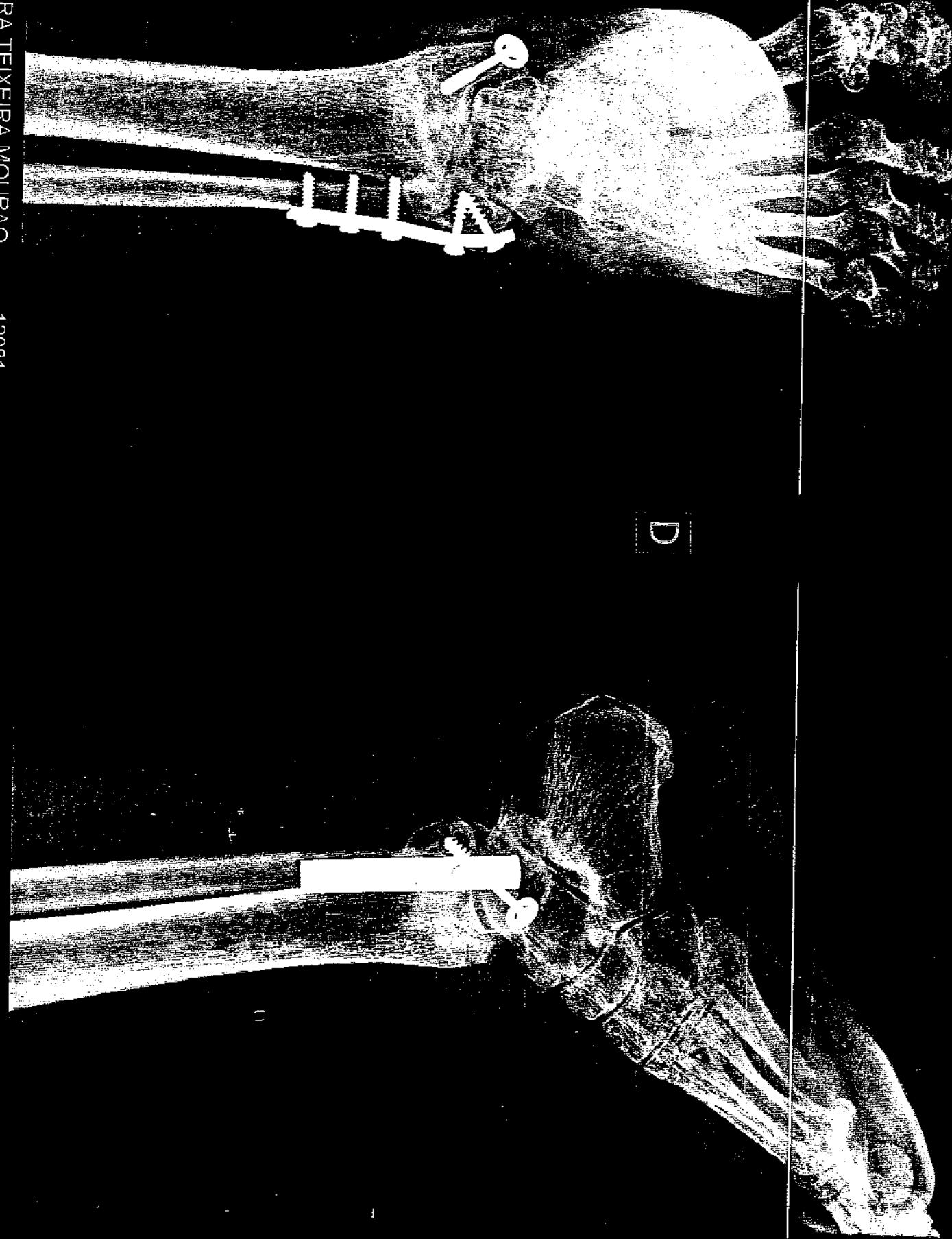
ALZENIR A. T. M DA SILVA
HOSPITAL CORONEL MOTA

13366
12/11/2018

Ana Quezla

76.4 %





ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO

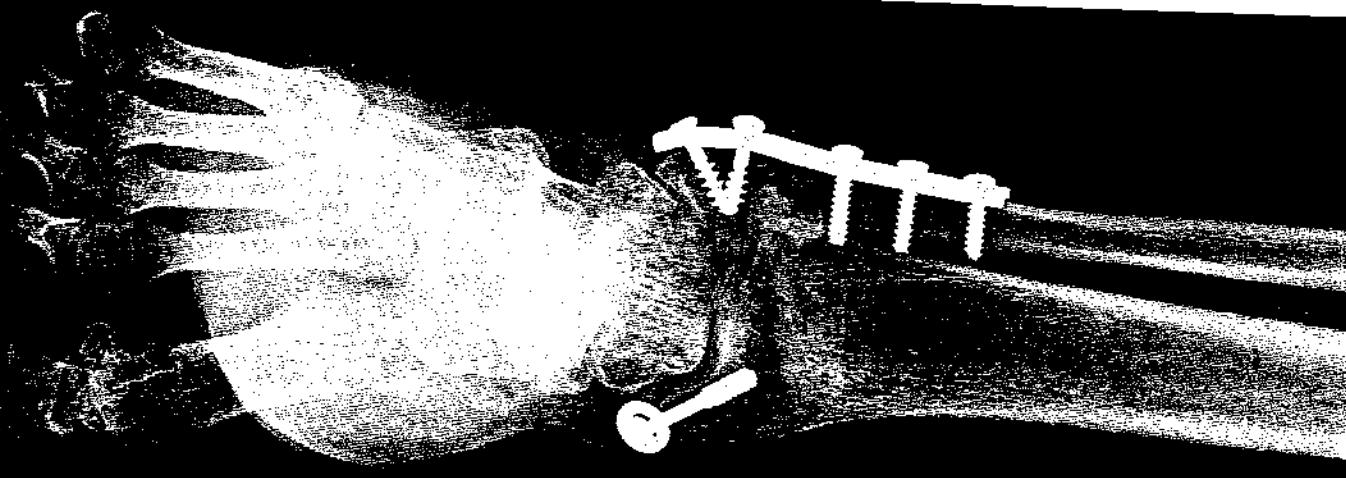
HOSPITAL CORONEL MOTA

12081

15/10/2018

Cludoaldo

65,5 %



ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO

11228

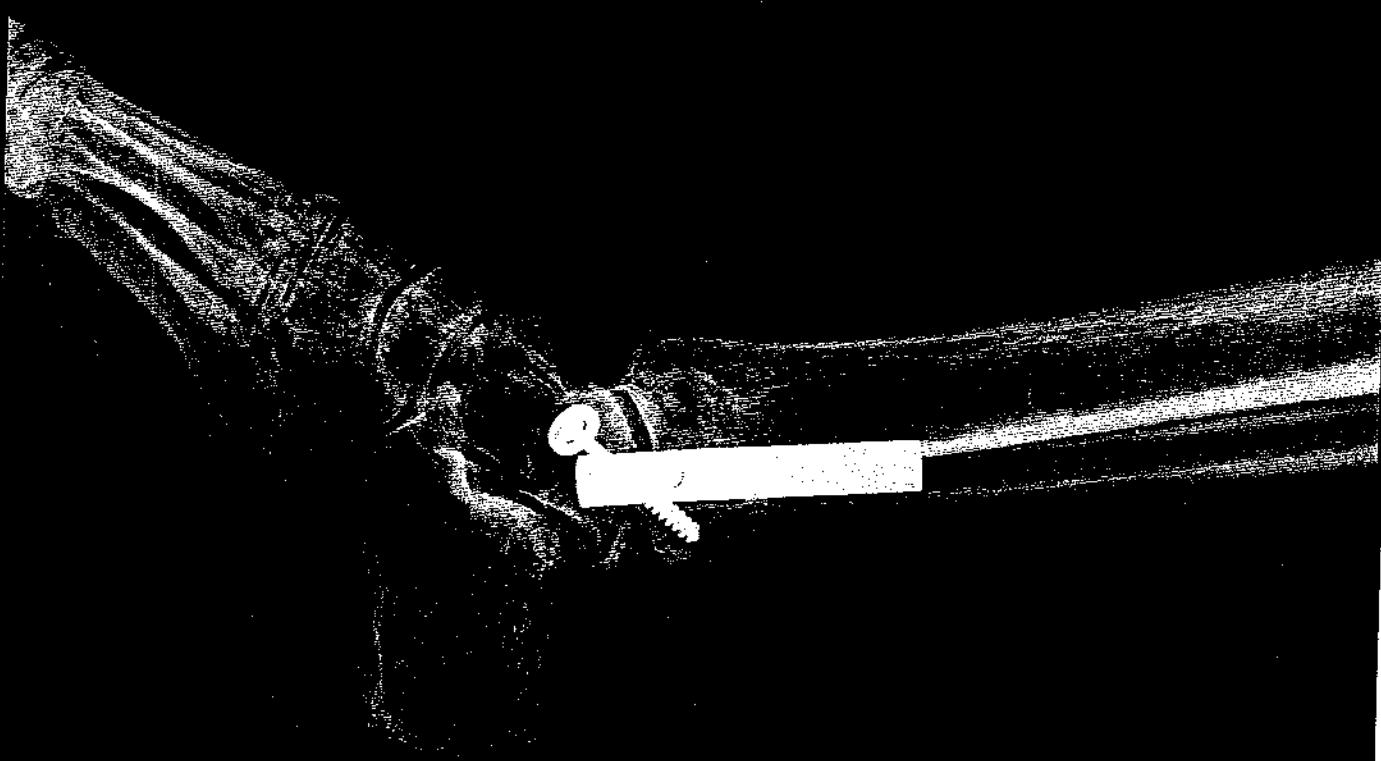
HOSPITAL CORONEL MOTA

24/09/2018

Fabiola Castro

70,8 %

D



D



03/09/2018

ALZENIRA TEIXEIRA

57,9 %

10309

03/09/2018

Ana Quezada

73,1 %

HOSPITAL CORONEL MOTA

77,0 %

, ALZENIIRA TEIXEIRA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

10/8/2018 11:21:20

77,1 %

BLOC. A 114-01

TR. RENATA P /ED. ERINELSON

10/8/2018 11:21:20



D

D

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 tibia e fíbula com extensão para às superfícies articulares, associadas à edema das partes moles adjacentes.
Presença de calha gessada.

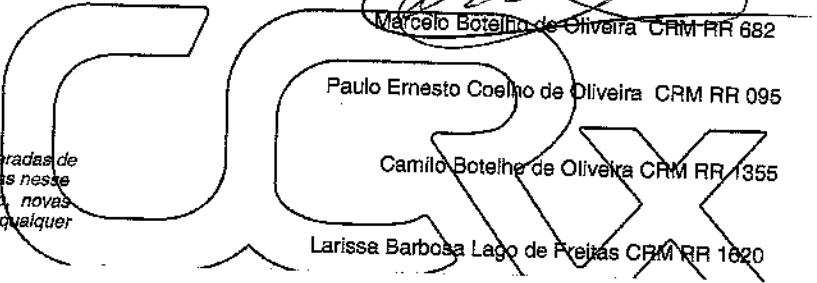
Sinais de desmineralização óssea difusa.

Esporão ósseo na face plantar e tuberosidade do calcâneo.

Não se observam massas ou coleções nas partes moles avaliadas.

Correlacionar com dados clínicos.

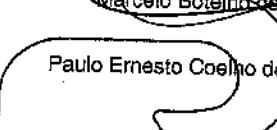
Boa Vista, 01 de agosto de 2018

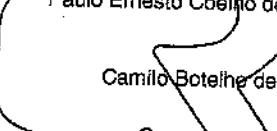
 **clinicacrx@hotmail.com** **clinicacrx@gmail.com**

(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 neste 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**

 **Larisse Barbosa Lago de Freitas CRM RR 1620**

Clinica Radiologica Oliveira

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

CLINICA RADIOLÓGICA OLIVEIRA
ALCENIR TEIXEIRA M. S. ROSENIRA
F 50 0075068

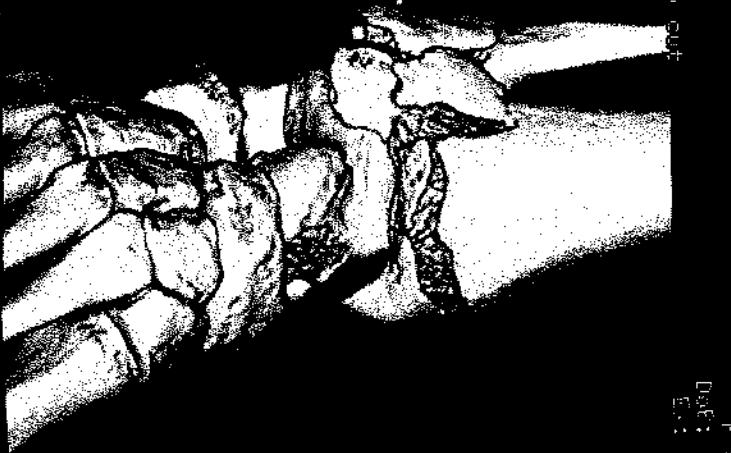
DOB: Jan 05 1968
Ext: Hgo 01 2018

3D
Ext: 18468

Set: 3
Volume Rendering No cut

CLINICA RADIOLÓGICA OLIVEIRA
ALCENIR TEIXEIRA M. S. ROSENIRA
F 50 0075068
DOB: Jan 05 1968
Ext: Hgo 01 2018

UFW 18.0 cm
STUD



3D

No VOL
KV 120
mA 150
Rot 0.803;HE 5, knny/rope
0.6mm 0.582;1.0, 623p
Tilt: 0.0
02:53:56
W = 400 L = 40



3D

No VOL
KV 120
mA 150
Rot 0.803;HE 5, knny/rope
0.6mm 0.582;1.0, 623p
Tilt: 0.0
02:53:56
W = 400 L = 40

No VOL
KV 120
mA 150
Rot 0.803;HE 5, knny/rope
0.6mm 0.582;1.0, 623p
Tilt: 0.0
02:53:56
W = 400 L = 40

3D
Ext: 18468

Set: 3
Volume Rendering No cut

UFW 18.0 cm
STUD

CLINICA RADIOLÓGICA OLIVEIRA
ALCENIR TEIXEIRA M. S. ROSENIRA
F 50 0075068

DOB: Jan 05 1968
Ext: Hgo 01 2018

CLINICA RADIOLÓGICA OLIVEIRA
ALCENIR TEIXEIRA M. S. ROSENIRA
F 50 0075068
DOB: Jan 05 1968
Ext: Hgo 01 2018

UFW 18.0 cm
STUD



CLINICA RADIOLÓGICA OLIVEIRA

303.41

No VOT
kW 120
mA 150
Rot 0.50s, HE 5, Grön, rot
0.60m 0.562;1,0,623p
Tilt: 0,0
02:53:55

No VOT
kW 120
mA 150
Rot 0.50s, HE 5, Grön, rot
0.60m 0.562;1,0,623p
Tilt: 0,0
02:53:55

W = 400 L = 40

3D
Ex: 18468

Sex: 3
Volume Rendering No cut

UFW 18.0 cm
STH

CLÍNICA RADIOLÓGICA GLIVELER
ALZENHES TEIXEIRA M. S. ROSEIRA

F 50
0075068
DoB: Jan 05 1968
Ex: Hgo 04 2018

3D
Ex: 18468

Sex: 3
Volume Rendering No cut

UFW 18.0 cm
STH

CLÍNICA RADIOLÓGICA GLIVELER
ALZENHES TEIXEIRA M. S. ROSEIRA

F 50
0075068
DoB: Jan 05 1968
Ex: Hgo 04 2018

303.57

No VOT
kW 120
mA 150
Rot 0.50s, HE 5, Grön, rot
0.60m 0.562;1,0,623p
Tilt: 0,0
02:53:56

No VOT
kW 120
mA 150
Rot 0.50s, HE 5, Grön, rot
0.60m 0.562;1,0,623p
Tilt: 0,0
02:53:56

W = 400 L = 40

No VOT

kW 120
mA 150
Rot 0.50s, HE 5, Grön, rot
0.60m 0.562;1,0,623p
Tilt: 0,0
02:53:56

W = 400 L = 40

303.62

No VOT
kW 120
mA 150
Rot 0.50s, HE 5, Grön, rot
0.60m 0.562;1,0,623p
Tilt: 0,0
02:53:56

W = 400 L = 40

303.82

No VOT
kW 120
mA 150
Rot 0.50s, HE 5, Grön, rot
0.60m 0.562;1,0,623p
Tilt: 0,0
02:53:56

W = 400 L = 40

CLINICA RADIOLÓGICA DENTAL BrightSpeed SYSTEM99
Dr. G. Grieshaber, DDS, FDI
11000 18th Street, Suite 200
Se: 300 RHM
Tel: 403.265.3600
Fax: 403.265.3601
E-mail: grieshaber@brightspeed.ca
www.brightspeed.ca

ALBERTA XENETTA M. S., ROSINHA F. S. GOMES, 01/05/1988, 01/05/2018, 512, MF.1.4

卷之六

646 P

111

197
S. 31
CLINICA RADIOLÓGICA
ACE. NÚM. 10
ALAMEDA TEATRO
M. S. R. C.
T. FU. C.
DUE: 05
01 AT

clinicacrx@hotmail.com clinicacrx@gmail.com

(95) 99122 - 2122 Vivo (95) 98119 - 05555 Tim

Clínica Radiológica Oliveira

AV. VILA 1.339, 00223 SANTOS (SÃO PAULO) 00223-0000

CLINICA RADIONICA 013
AG. NUEVA
ALLENDA TEX. M. S. 7000
P. 150.00

CLINICA RADIODIAGNOSTICA
DRA. M. A. RIVERA
Av. 18 de Septiembre 1000
CABA. TEL. 43-35-35-35 COR
M. A. RIVERA

1974-4 545-144 18-DEC-1957

1000 J. Neurosci., November 1, 2006 • 26(44):9992–10000

674

卷之二

卷之三

卷之三

TRIC U-3
0.85 / 14-581-512/ABJ-08
W-400 1.40

BrightSmart SIS#C193
Ext: 18488
Sue: 300 E 8th
M: 451 677 5044

11 Aug 2018 512 DFW 1
MF: 1.4 STND/1

211074

卷之三

R 6 5 9 2 3 5 6

157

102 *Journal of Health Politics, Policy and Law*

kg 120
m_a 150

3.1.4.6.9/5.62 0.5621 ~~AT&T 90~~
111C: 0.0
0.85 /AE: 14.59:56/00.019
W:400 L:460

ML CON
100: 3
DREW, JR. DREW
SINCE
M 1.4 51

DE 09/18, 0000
SINUS/E

cliniccctrx@hotmail.com cliniccctrx@gmail.com

Q
R
X



clinicacrx@hotmail.com

clinicacrx@gmail.com

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

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

clinicacr@hotmaill.com

cliniaccr@ymail.com

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



GOVERNO DE RORAIMA
NUCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA 05 DE
OUTUBRO
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS

DECLARAÇÃO DE COMPARCIMENTO

Declaramos que o (a) paciente Alzenira Teixeira Maurão da S. Roseira compareceu ao Núcleo de Reabilitação para realizar tratamento psicológico.
No dia 09/10/18, de 14:00 a 15:00h.

Boa Vista - RR, 09/10/18

Suelamita da S. Marinho
PSICOLOGA
CRP 20/01886

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
Assinatura e carimbo
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bocatta, 184 - Boa Vista - RR

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



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATESTADO

ATESTADO QUE O USUÁRIO

h o u n n

PORTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº

SÉRIE NECESSITA DE 60 (sessenta) DIAS

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

C.I.D.

Boa Vista, 16 de 10 de 18

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTÓLOGICO CRM - CRO

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



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATESTADO

ATESTADO QUE O USUÁRIO ALZEN
TULLIVIN no m
PORTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº
SÉRIE _____ NECESSITA DE 16 (dez) DIAS
DE AFASTAMENTO, À PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.
C.I.D. _____

Brasília 25 de 05 de 19

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

ASSINATURA E CARMIBO DO MÉDICO OU ODONTOLÓGICO CRM - CRC

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO PGPS APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501, DE 14/03/67 E, SERÁ EXPEDIDO JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



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

MÔDULO Alzenir Teixeira Mourão RECEITURÍA

H.612 da Silva Resende

Bolívar Cerejudo

DATA: 1/1/2018

Assistência e Controle

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Philo.039 - Centro das Vila Uni
CEP: 69.001-130 - CEP: 69.013-100/6901-130

ANEXO DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Presidente Vargas, 111 - Centro
CNPJ 00.301.120/0001-10



GOVERNO DA REPÚBLICA

AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETAÇÃO DE ESTADO DA SAÚDE

2500.

2019/07/18 10:00h - Rio Branco - Acre

Laudo nômico

Paciente que sofreu acidente o
dia 21/07/18, apresenta lesões
de tornozelo direito, operado
no HCN.

(14.562.5, 562.6

Atrelante cedendo fíbula
Teto de cotação de
mais de 1000 e de 30 (trinta) de-

DATA: 26/08/18

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR-366

Assinatura: B. G. Bento

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Av. Coronel Mota, 566 - Centro - Rio Branco - Acre
CEP: 69.001-120 - CNPJ: 04.813.106/0001-00

16 SET 2019



GOVERNO DE RORAIMA

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

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Ceará, 460 - Centro - RR - 69010-000

NOME: ALZEVIN TERRAUM NOVUM

RECEITUÁRIO

Lázaro Melo

Paciente que sofreu cedimento
o diâmetro, operando tratamento
de tornozelo dir., operado no
dia 09/08/18 no UDN.

Atuando a vila de
Sota ortopedia e reabilit.
Ter retorno marcado para o dia
25/09/18.

DA: 04/08/18

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 965

Assinatura e Cunhado



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

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

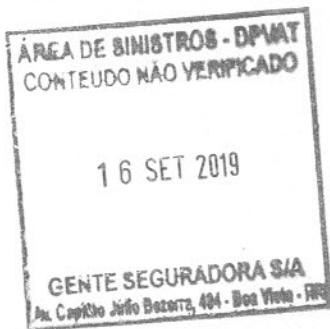
DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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 **Data do acidente:** 21/07/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
SILVA ROSEIRA

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

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 médica-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

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: 00001000475-6

Nr. Autenticação

BRADESCO24092019050000000002370208400001000475168750 PAGO