

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: 2699802320200501095121

Processo 0800115-81.2020.8.23.0030 ☆ - (92 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência

Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Defensor Público ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor

Sequencial(Intervalo): ao Data do Movimento(Período): à Descrição:

28 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 28

500 por pág.1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>28</div>	01/05/2020 09:51:21	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (23/04/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	28.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2693305IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIAL01.pdf Público
	28.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2693305IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALAnexo02.pdf Público
<div>27</div>	24/04/2020 11:15:55	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 04/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 24) JUNTADA DE LAUDO (23/04/2020) e ao evento de expedição seq. 26.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div>26</div>	23/04/2020 15:57:11	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. 24) JUNTADA DE LAUDO (23/04/2020)	DAVID ADAN SANTA BRIGIDA PEXOTO Analista Judiciário
<div>25</div>	23/04/2020 15:57:11	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de SILAS MESQUITA NOGUEIRA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 24) JUNTADA DE LAUDO (23/04/2020)	DAVID ADAN SANTA BRIGIDA PEXOTO Analista Judiciário
<div>24</div>	23/04/2020 11:43:30	JUNTADA DE LAUDO 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. 15) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (27/02/2020) e ao evento de expedição seq. 18.	Rogério Leonardo de Paula Dias Perito
<div>23</div>	06/03/2020 00:05:52	DECORRIDO PRAZO DE SILAS MESQUITA NOGUEIRA (P/ advgs. de SILAS MESQUITA NOGUEIRA *Referente ao evento (seq. 15) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (27/02/2020) e ao evento de expedição seq. 17.	SISTEMA CNJ
<div>22</div>	06/03/2020 00:05:52	DECORRIDO PRAZO DE SILAS MESQUITA NOGUEIRA (P/ advgs. de SILAS MESQUITA NOGUEIRA *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (29/01/2020) e ao evento de expedição seq. 8.	SISTEMA CNJ
<div>21</div>	06/03/2020 00:04:19	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 27/02/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 15) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (27/02/2020) e ao evento de expedição seq. 18.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div>20</div>	27/02/2020 14:01:41	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 27/02/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 14) JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE(21/02/2020 14:39:37). Natureza: Intimação. Parte: SILAS MESQUITA NOGUEIRA. Identificador do Cumprimento: 0002	Wallyson Barbosa Moura Advogado
<div>19</div>	27/02/2020 11:49:56	EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 27/02/2020 com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 15) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (27/02/2020) e ao evento de expedição seq. 17.	DAVID ADAN SANTA BRIGIDA PEXOTO Analista Judiciário
<div>18</div>	27/02/2020 09:13:28	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 15) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (27/02/2020)	DAVID ADAN SANTA BRIGIDA PEXOTO Analista Judiciário
<div>17</div>	27/02/2020 09:13:28	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de SILAS MESQUITA NOGUEIRA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 15) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (27/02/2020)	DAVID ADAN SANTA BRIGIDA PEXOTO Analista Judiciário
<div>16</div>	27/02/2020 09:13:13	EXPEDIÇÃO DE MANDADO Referente ao evento (seq. 14) JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE(21/02/2020 14:39:37). Natureza: Intimação. Parte: SILAS MESQUITA NOGUEIRA. Identificador do Cumprimento: 0002	DAVID ADAN SANTA BRIGIDA PEXOTO Analista Judiciário
<div>15</div>	27/02/2020 09:11:54	EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA Referente ao evento (seq. 14) JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE(21/02/2020 14:39:37). Identificador do Cumprimento: 0001	DAVID ADAN SANTA BRIGIDA PEXOTO Analista Judiciário
<div>14</div>	21/02/2020 14:39:37	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div>13</div>	13/02/2020 09:58:07	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div>12</div>	12/02/2020 09:38:50	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Cumprimento de intimação - Referente ao evento PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (29/01/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div>11</div>	10/02/2020 12:04:03	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 10/02/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (29/01/2020) e ao evento de expedição seq. 9.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div>10</div>	10/02/2020 11:47:23	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de SILAS MESQUITA NOGUEIRA) em 10/02/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (29/01/2020) e ao evento de expedição seq. 8.	Wallyson Barbosa Moura Advogado
<div>9</div>	10/02/2020 11:42:58	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. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (29/01/2020)	DAVID ADAN SANTA BRIGIDA PEXOTO Analista Judiciário
<div>8</div>	10/02/2020 11:42:58	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de SILAS MESQUITA NOGUEIRA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (29/01/2020)	DAVID ADAN SANTA BRIGIDA PEXOTO Analista Judiciário
<div>7</div>	30/01/2020 10:35:43	HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito Oficial: Rogério Leonardo de Paula Dias habilitado até 09/05/2020 (100 dias)	DAVID ADAN SANTA BRIGIDA PEXOTO Analista Judiciário
<div>6</div>	29/01/2020 15:31:16	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE	EVALDO JORGE LEITE Magistrado
<div>5</div>	29/01/2020 11:22:27	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
<div>4</div>	29/01/2020 11:22:27	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
<div>3</div>	29/01/2020 11:22:27	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
<div>2</div>	29/01/2020 11:22:27	DISTRIBUÍDO PARA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA Vara Cível Única de Mucajaí	SISTEMA CNJ
<div>1</div>	29/01/2020 11:22:26	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MUCAJAI/RR

Processo: 08001158120208230030

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 **SILAS MESQUITA NOGUEIRA**, 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

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora alega ter adquirido lesões decorrentes do acidente aludido no membro inferior direito e no abdome, todavia, em sede administrativa somente foi apurada a presença de sequela de grau leve no membro inferior direito, conforme demonstrado abaixo:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190679369 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: SILAS MESQUITA NOGUEIRA Data do acidente: 25/05/2019 Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2019
 Valoração do IML: 0
 Perícia médica: Não
 Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL, FRATURA EXPOSTA TÍBIA DIREITA.
 Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/LAPAROTOMIA EXPLORADORA-HEMOSTASIA DE LESÃO HEPÁTICA), ALTA MÉDICA.
 Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.
 Sequelas: Com seqüela
 Documento/Motivo:
 Nome do documento faltante:
 Apontamento do Laudo do IML:
 Conduta mantida:
 Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.
 Documentos complementares:
 Observações: PÁG.5/6/7_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Após o deferimento de exame pericial médico, o ilustre expert apurou a presença de lesão no membro inferior direito em grau médio (50%) e abdome em grau leve (25%).

Assim a ré impugna o ilustre laudo quanto à presença de sequelas no abdome, tendo em vista que, anteriormente, em sede administrativa, foi apurada a ausência de sequelas no segmento.

Ademais, conforme demonstrado pela própria ré, nos documentos de atendimento médico resta comprovada a ausência de sequelas tendo em vista que o autor sofreu um suposto **trauma no abdome sendo submetido a cirurgia não apresentando nenhuma seqüela**.

Cabe ressaltar que o próprio laudo pericial afirma ter ocorrido somente cicatriz devido a cirurgia realizada do abdome e que segundo documentos médicos não apresentou nenhuma seqüela permanente.

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

*Limitação funcional moderado por um
Cicatriz Cirúrgica Abdomen (4R5)*

Outrossim, assevera o art. 3º, parágrafo 1º da Lei nº 6.194,74:

“Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

§ 1º. No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.”

Assim, importante esclarecer que os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem indenizações por morte, despesas de assistência médica e suplementares e invalidez permanente, total ou parcial, sendo certo diferenciar invalidez permanente do dano puramente estético, este não enquadrado na tabela disposta na lei do seguro DPVAT.

Desta forma, resta demonstrado que a indenização pleiteada não abrange o dano acometido ao autor, já que, de acordo com o disposto nos próprios documentos médicos e no exame pericial apresentado, o autor não possui qualquer tipo de invalidez, apresentando somente cicatrizes:

Paciente em terceiro dia de PO de laparotomia exploradora, evoluindo com melhora clínica, estando hoje em BEG, LOTE, eupneico, AAA, normocorado, hidratado, com retirada da SNG ontem. Paciente recebe hoje alta da cirurgia. Solicito avaliação da Ortopedia para verificar a necessidade de acompanhamento com a mesma.

Grato,

Desta forma, os documentos médicos apresentados nos autos comprovam a AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE do autor.

Ora, Exa., não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agregar lesão à parte autora, haja vista que, conforme avaliado administrativamente, o abdome não possuía sequelas permanentes.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de invalidez permanente, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

MUCAJAI, 30 de abril de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital Geral de Roraima - PABX: 0455
Av. Federalista Eduardo Guzman, 3308

FICHA DE ATENDIMENTO

184100_0614

ALFONSO DE 19

411

180114320		25/03/2019 08:04:21		FICHA DE ATENDIMENTO		TRABALHO DE SAÚDE		Cidade		Paraná	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Profissão	
SILAS MESQUITA		12/06/1985		33 A 11 M 13 D		744022840340167		79553176291			
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data emissão		Sexo		Naturalidade	
								M		BRASIL - RR	
								SOLTEIRO(A)		BOA VISTA - RR	
								Pai		Código	
								ANTONIO DOS SANTOS NOGUEIRA		(95) 98406-0719	
Mãe										Ocupação	
MARINETE MESQUITA										MESTRE DE OBRA	
Endereço											
RUA - VEGA - 595 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR											
Classe de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autuação		Sit. Fretado	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo de Atendimento		Caráter do Atendimento		Perfil Social do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA									
Solic.		Tipo da Orogada		Procedimento Sol.						Registro por DAL	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL									
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Síndrome Respiratória		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			

Antropometria de Esportes

GSC	TOAL
AGE : 2 3 4 5 12 3 4 5	MRP : 2 3 4 5 6

Análise - (HORA DA CONSULTA - __: __ h)

Frame Fixed

Acidente motociclístico
causado pelo SAMV, com cervical,
holito, estético, sangramento boca
perna (D) indutizade. Glasgow 14

Hinterste Diagnostik

Politrone

SANT - Exames Complementares

1) Exames Complementares

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

RESERVAÇÃO

1) Dipirone 75 (E)
2) Fitoftal 40mg (E)

[illegible]

Condições

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Rastreio
☒ Transferência para _____

() Ambulatório
() Observação (Até 24h)
() Internação
Data e local de emissão: _____

philo

óbito _____
 causas do 1º Atendimento: () Sim () Não Destino: () Família

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso per: dal
Data: 25/06/2019 08:06:73

المجلة
العلمية
الاسلامية

~~Marcos Freire~~
~~Cirurgia Geral~~
~~CRM/RB 1619~~

Atestado de Saúde, 1.ª e 2.ª vias
Av. Brig. Eduardo Gomes, 501
Novo Mundo - Tel. 331.5511 - CEP 01060-000
AUTENTICAÇÃO
03 JUN 2019
Certificado de Saúde em presente
deste A.P.º, expedido por Original
autenticado e representado neste Hospital

FICHA DE ATENDIMENTO

Paciente: Ad Adriano Lima ONE CPF Procurado
 Data: 01/01/2010 Documento: 00000000000000000000 Onça Em uso: 00000000000000000000
 Data Emissão: 01/01/2010 Sexo: M Estado Civil: C Raça/Cor: BR Nacionalidade: BR

146

Erlecco

Classe de Risco

File Conversion:

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

il da Dylcia

! Aktion der Abwehrkräfte

Buscher in *Abrechnung*

7. *concordia* de *de* *de*

Sci

TRANSCIA
Yi qd Cragoc

1. **ආරම්භක පරිච්ඡේදය**

Training Program

Atenciosamente: ELORA DA CONCEIÇÃO _____

2. x 3 cm Filz

புறநாடுகளை வெல்லுதல்

15.601 • Exams Complémentaires

1. ☐ BLOOD ☐ UROGENITAL ☐ TO ☐ SAMPLE ☐ URINE ☐ EGGS ☐ OTHER

PRESCRIÇÃO

APRESENTAMENTO

OBSERVATIONS

Согласно

1416 *Journal of Interpersonal Violence*

1. *Phylogenetic relationships*

☐ **2013-2014**

☐ **Not a member**
☐ **Join now for \$19.95**

1. **Introduction**

☐ Observations (A10.201)

() Don't say
: : please

பெயர்: ஹரிதா சிவசுந்தரி

Chico

Outros do 1º Alinhamento? () Sim () Não Posterior () Paralela

_____ Patient's or Person's Name _____

03 JUL 2019



LAUDO PARA SIA - TITULO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SINOPSE
Unidade de Saúde
SACOS

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE

1 - IDENTIFICAÇÃO DO SETOR RESPONSÁVEL POR SAÍDA
2 - LOCAL DE INTERVENÇÃO (HOSPITAL, CLÍNICA, ETC.)
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DO DOENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
4 - NOME DO DOENTE

Silas Marinho

5 - DATA DE ELABORAÇÃO
13/06/83

11 - TELEFONE DE CONTATO

6 - NOME DO UM DO RESPONSÁVEL

Marinho Marinho

7 - ENDEREÇO DA U. R. EM CASO

12 - CID - ICD 10

8 - NOME DO REFERENCIAL

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

9 - HISTÓRICO E SÍNTESE DAS CLÍNICAS

*paciente vítima de acidente com
morte com fratura exposta
em fêmur D*

10 - HISTÓRICO DE DOENÇAS PREVIAS

As Arterio

11 - PRINCIPAIS RESULTADOS - 12 - EXAMES LABORATORIAIS (RESULTE DOS EXAMES REALIZADOS)

RX + exame fêmur

13 - OBSERVAÇÃO DO DOENTE

ex exposto fêmur D

PROCEDIMENTO SOLICITADO

14 - RESERVAÇÃO DO ART. 2º DO DECRETO 15.054/76

Exposto

15 - CID - ICD 10

16 - DATA DE INTERNAÇÃO

17 - DATA DE EXAME

18 - N° DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

19 - CÓDIGO DO FIO DO DOENTE

20 - NOME DO RESPONSÁVEL POR SAÍDA

V. P. P. P.

21 - ENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

22 - ACIDENTE DE TRÁFICO

23 - ACIDENTE DE TRABALHO

24 - ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA

25 - OUTRA EMPRESA

26 - OUTRA EMPRESA

27 - NOME DO RESPONSÁVEL POR SAÍDA

28 - RELATÓRIO

29 - AUTORIZAÇÃO

30 - NOME DO RESPONSÁVEL POR SAÍDA

31 - NOME DO RESPONSÁVEL POR SAÍDA

32 - DATA DE EXAME

33 - NOME DO RESPONSÁVEL POR SAÍDA

34 - DATA DE EXAME

35 - NOME DO RESPONSÁVEL POR SAÍDA

36 - DATA DE EXAME

37 - NOME DO RESPONSÁVEL POR SAÍDA

03 JUN 1983
AUTENTICADO
SECRETARIA DE SAÚDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

LABORATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO E PESQUISA DO
DEPARTAMENTO DE INTERVENÇÃO MORFOLÓGICA

Silvia Marques
904002940348467
Marcelle Marques

12.06.83

procedente vítima ou ocidente com
muito apresentando pedras escuras
de folio D

As Alma

Enrol fuso + RK

pe sapatos fuso D

Dr. Antônio Carlos
Machado de Oliveira
Osteodonte, Residência
Osteodonte e Naturopatia
CRM-SP 4400

7.10.2004
SACRAMENTO, 14 de Setembro
de 2004
Osteodonte e Naturopatia
Dr. Antônio Carlos
Machado de Oliveira
CRM-SP 4400

301 104 OPERÁRIO

Silas Mesquita

Data

09

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATORIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

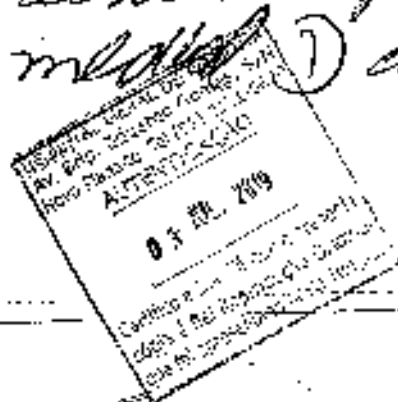
INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

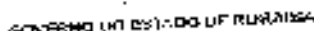
RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) parte em DDI sob sedação do
- 2) Lavagem do ferimento com 5% de
- 3) 10 lba
- 4) colocação de corpo alveo's
- 5) colocação de fixador externo 4 parafusos
- 6) de fixação em fibra D
- 7) Sutura de lã de ovino 6mm em
- 8) região glútea medial D com nylon D
- 9) Suvivo
- 10) Ao RPA



Dr. Augusto Chaves
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SP 10000

Silva
Vitor
Dr. Ruy



زمانہ

Б. 600 1/2400 - 2.2

25.05.2019

10:00

11:00

4.2: CC

Signal 200 m

W. J. D. C. C. C.

Wiederholung

1. **Introduction**

Pharmaceuticals have been
the primary cause of the
drug industry.

Class - Manual Grip Histogram
 Histogram - Grip
 Jan. Temp. - Laser in Tube
 - 2000 100 1000
 - 2000 100 1000

(6) frustration.

* Check: $\text{kat} + \text{KOH} + \text{H}_2\text{O} \rightarrow \text{KOH} + \text{H}_2\text{O} + \text{H}_2\text{O}$

1. Impressão da máquina lambou
cerca de 1000 a 1200.

2. Selecció de camps litorals +
fuerthados + fraccions litorals de
Llano con aquellina SGC (Genial)

② 20mg SA, bloqueo subyacente

1. <u>Lebenszyklus - Population</u> 2. <u>Lebenszyklus - Individuum</u> 3. <u>Lebenszyklus - Umwelt</u>	4. <u>Lebenszyklus - Gesellschaft</u> 5. <u>Lebenszyklus - Ökonomie</u>
---	--

— — — — —

3. *Calathea* sp. 6'

6. Explain the following:

1. *Elphidium* sp. only for

5. Transcription of myc

... ..

Shelley 1110 p. 100: 100

SRPA

Colocações de fixação externa em tibia (5)

Dr. J. H. H. H. H.

Dr. Lorenzo / Dr. Vitor, President
By Arthur G. Davis, III

03 MAR 2018

03 MAR 1968

3. Calculus de Cal

6. Find the area of the shaded region.

1. *Elkanna* sp. nov. 61

5. *Trachysoma* lat. mag. 60
6. *Brachyotus* piciante. pone.

SRPA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

339

NOME DO PACIENTE

APY OU LEITO

Nº DO PRONTUÁRIO

DATA

25/05/19

Sítio Mesquita

CIRURGIA

TEMPO DE DURAÇÃO

TIPO

INÍCIO

FIM

TEMPO TOTAL

10:20

11:10

EQUIPE MÉDICA

ANESTESISTA:

RES. ANESTESIA:

INSTRUMENTADOR

Dr. Ubirajara
Res. Anestesia

CIRURGIÃO

1º AUXILIAR

Dr. Rogério

2º AUXILIAR

Dr. Pedro R. Dr. Augusto R.

CIRCULANTE

TEMPO DE DURAÇÃO

QUANT

MEDICAMENTOS

TIPO DE ANESTESIA

QUANT

MATERIAIS

VALOR

PÓS COMPRESSAS C/UB

UNID.

PACOTES GAZE

LUA ESTERIL 7.0

LUA ESTERIL 7.5

LUA ESTERIL 8.0

LUA ESTERIL 8.5

LUVAS P/ PROCEDIMENTOS

LÂMINA DISTURI Nº 24

DRENO DE SUÇÃO Nº

DRENO DE FORAX Nº

DRENO DE PENROSE Nº

SERINGA 01 ML

SERINGA 03 ML

SERINGA 05 ML

SERINGA 10 ML

SERINGA 20 ML

clorixidina alcool

FRASCOS SORO FISIOLÓGICO

500ml

FRASCOS SORO RINGER LACTADO

FRASCOS SORO GLICONADO

FIO VICRYL Nº

FIO MONONYLON Nº 2.0

FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº

FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº

FIO CATGUT SIMPLIS Nº

FIO CATGUT CROMADO Nº

FIO PROLENE Nº

FIO SEDA Nº

SURGICAL Pladuro de crepom

CERA P/ OSO

KLEFARINATA Elefrodop

GEFOIA Agulha p/ raque

ATA CARDIACA EQUIPO Anestesi

OUTROS: Agulha p/ raque

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA

DE CIRCULANTE, VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR (A)

ENFERMEIRA CHEFE

Gabriela

FUNCIONÁRIO/CAULOS

CIRCULANTE DE SALA

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

Lot: 911848 Código: PUB 7 203
SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA
SARTORI - LENEIX TUBA T
M0 - ESTERIL
Fab: 04/11/2019 Val: 01/2024
Registro Anvisa Nº ANVISA 20053
Material ACO INOX AT LIMPIO

Lot: 911848 Código: PUB 7 203
SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA
SARTORI - LENEIX TUBA T
M0 - ESTERIL
Fab: 04/11/2019 Val: 01/2024
Registro Anvisa Nº ANVISA 20053
Material ACO INOX AT LIMPIO

Lot: 014289 Código: AT35 8 680
PINO INTRAMEDULAR ÓSSEO - R
X C X 4,5 X 205 X T

Fab: 11/02/2019 Val: 02/2024
Registro Anvisa Nº ANVISA 20053
Material ACO INOX 7138

Lot: 911848 Código: PUB 7 203
SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA
SARTORI - LENEIX TUBA T
M0 - ESTERIL
Fab: 04/11/2019 Val: 01/2024
Registro Anvisa Nº ANVISA 20053
Material ACO INOX AT LIMPIO



CATELADA Ortopedia

Ppo Cirurgico:

Tratamento cirurgico de fratura exposta de tibia +
fixador externo em perna direita.

DATA: 25/05/19

Nº DO PRONTUÁRIO: _____

Localidade: Silas Mesquita

Idade: 33A

Sexo: _____ Enfermeiro: _____ Uniao: _____

Local: _____

Nº: _____

Cirurgião: Milma Claudenir

Solo: 01

Conferencia Exposto CME: _____

Material Utilizado: _____

Lotus 614285 Código: AP553 590
PINO INTRAMEDULAR USRGO - R
X C X 4,5 X 200 X Y

Fab: 21/01/2019 Val: 02/2024
Registro Anvisa Nº 8083450926
Material ACD INOX #139

Lotus Galvaneis Sarcot & Cia Ltda - RPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro SP
Tel: +55 19 3536-1910 info@galvaneis.com.br

Lotus 91045 Código: 8083 203
SISTEMA DE FIXACAO OSSEA
BASTO - LIMEPOX TIBIA I
180 - ESTERIL
Fab: 24/01/2019 Val: 03/2024
Registro Anvisa Nº 85683450931
Material ACD INOX ALUMINIO

Lotus Galvaneis Sarcot & Cia Ltda - RPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro SP
Tel: +55 19 3536-1910 info@galvaneis.com.br

TELE - PRONTUÁRIO EDO PAGAMENTO

27/05/2019

Dr. Milma Claudenir
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
Setor 1927



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Sistema
Unidade
Serviço

1 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - NOME DO DOENTE

HGR

HGR

3 - NOME DO DOENTE

4 - DATA DO EXAME

03/04/2013

Silas Misquita

5 - ENDEREÇO DO DOENTE

6 - DATA DO EXAME

12/06/85

7 - 0 1 0 1 2 1 3 1 4 1 5 1 6 1 7

8 - NOME DO RESPONSÁVEL

9 - DATA DO EXAME

03/04/2013

Marcos Misquita

10 - ENDEREÇO DO DOENTE

11 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO

12 - UF

13 - CEP

R. 25 de Abril 698 Cidade Satélite

14 - ENDEREÇO DO DOENTE

Boa Vista - RR

15 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

16 - MUNICÍPIO DE ORIGEM DO DOENTE

Paciente sofreu politrauma e após procedimento ortopédico rebaixou no trauma. Foi submetido a laparotomia exploradora para trauma abdominal contuso.

17 - MUNICÍPIO DE ORIGEM DO DOENTE

As acima

18 - MUNICÍPIO DE ORIGEM DO DOENTE

19 - DESCRIÇÃO DO DOENTE

Politrauma (trauma abdominal contuso)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

20 - LESÃO DO DOENTE

21 - LÚCIDA

22 - DATA DO EXAME

23 - SEXO

24 - IDADE

25 - NOME DO DOENTE

26 - ENDEREÇO DO DOENTE

27 - DATA DO EXAME

25/05/2013

28 - ENDEREÇO DO DOENTE

29 - ENDEREÇO DO DOENTE

30 - ENDEREÇO DO DOENTE

31 - ENDEREÇO DO DOENTE

32 - ENDEREÇO DO DOENTE

33 - ENDEREÇO DO DOENTE

34 - ENDEREÇO DO DOENTE

35 - ENDEREÇO DO DOENTE

36 - ENDEREÇO DO DOENTE

37 - ENDEREÇO DO DOENTE

38 - ENDEREÇO DO DOENTE

39 - ENDEREÇO DO DOENTE

40 - ENDEREÇO DO DOENTE



BOLETIM OPERATÓRIO

Silas Mesquita

Data: 25/05/19

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACOELMOS:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Dr. Fernando

1º AUXILIAR: Dr. Wilber CD

2º AUXILIAR: Dr. Marcelo

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

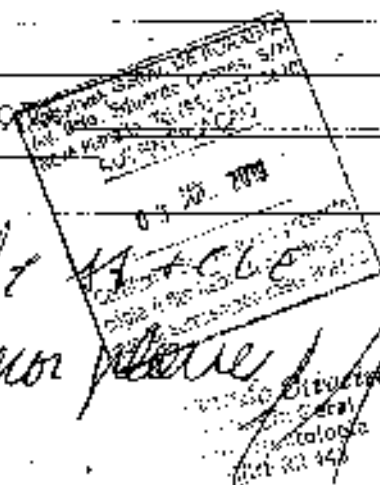
INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (A) Paciente em DST + estenose gástrica
 (B) Triagem hepática + diarreia por meses
 (C) Inventário de conduto:
1. Presença de mais de 100 ml de sangue
 2. Identificação lesões em região em alto grau de risco
 3. Comprometimento do sistema sanguíneo + coloração de líquido sanguíneo
 4. Presença de células e não identificados



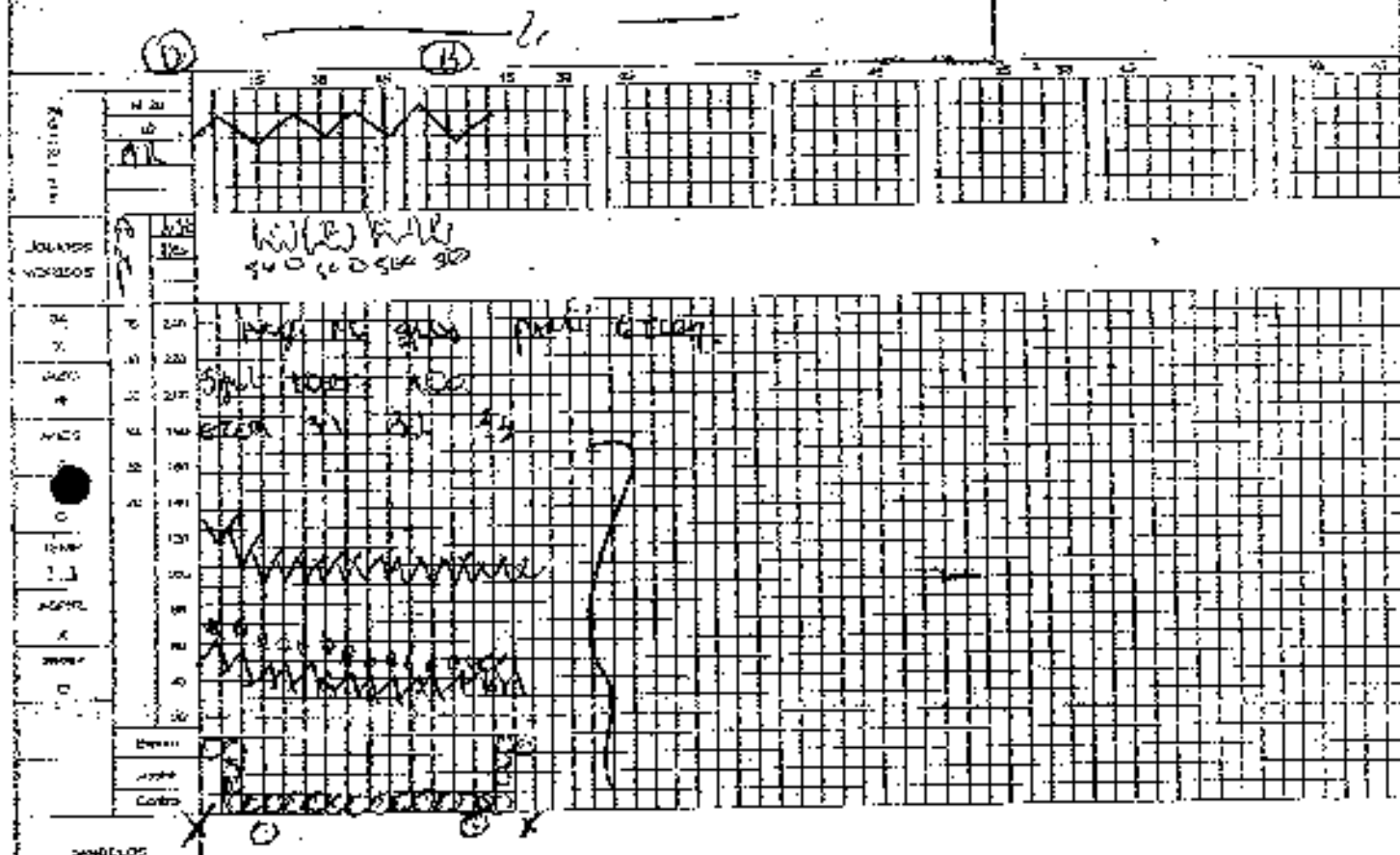


Silas : Miss Quilpa : 3:30

25/05/19

ETH-AMPHONATO ORAL-DOSE 1000-1111

18-126

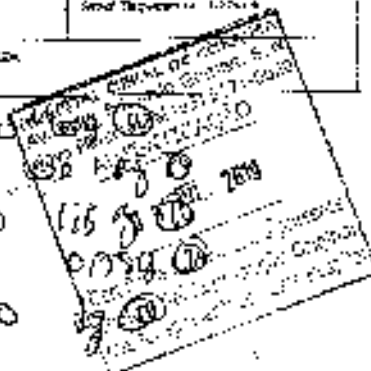
[illegible]

- 2 - small but ok
- 3 - of 600 million
- 4 - not as independent as
independent as Spanish A-B-C (12)
- 5 - Spanish is compromised
as well
- 6 - inspired as well as
used power
- 7 - excellent of success

1. <u>1944-1945</u> 2. <u>1946-1947</u> 3. <u>1948-1949</u> 4. <u>1950-1951</u> 5. <u>1952-1953</u> 6. <u>1954-1955</u> 7. <u>1956-1957</u> 8. <u>1958-1959</u> 9. <u>1960-1961</u> 10. <u>1962-1963</u> 11. <u>1964-1965</u> 12. <u>1966-1967</u> 13. <u>1968-1969</u> 14. <u>1970-1971</u> 15. <u>1972-1973</u> 16. <u>1974-1975</u> 17. <u>1976-1977</u> 18. <u>1978-1979</u> 19. <u>1980-1981</u> 20. <u>1982-1983</u> 21. <u>1984-1985</u> 22. <u>1986-1987</u> 23. <u>1988-1989</u> 24. <u>1990-1991</u> 25. <u>1992-1993</u> 26. <u>1994-1995</u> 27. <u>1996-1997</u> 28. <u>1998-1999</u> 29. <u>2000-2001</u> 30. <u>2002-2003</u> 31. <u>2004-2005</u> 32. <u>2006-2007</u> 33. <u>2008-2009</u> 34. <u>2010-2011</u> 35. <u>2012-2013</u> 36. <u>2014-2015</u> 37. <u>2016-2017</u> 38. <u>2018-2019</u> 39. <u>2020-2021</u> 40. <u>2022-2023</u> 41. <u>2024-2025</u> 42. <u>2026-2027</u> 43. <u>2028-2029</u> 44. <u>2030-2031</u> 45. <u>2032-2033</u> 46. <u>2034-2035</u> 47. <u>2036-2037</u> 48. <u>2038-2039</u> 49. <u>2040-2041</u> 50. <u>2042-2043</u> 51. <u>2044-2045</u> 52. <u>2046-2047</u> 53. <u>2048-2049</u> 54. <u>2050-2051</u> 55. <u>2052-2053</u> 56. <u>2054-2055</u> 57. <u>2056-2057</u> 58. <u>2058-2059</u> 59. <u>2060-2061</u> 60. <u>2062-2063</u> 61. <u>2064-2065</u> 62. <u>2066-2067</u> 63. <u>2068-2069</u> 64. <u>2070-2071</u> 65. <u>2072-2073</u> 66. <u>2074-2075</u> 67. <u>2076-2077</u> 68. <u>2078-2079</u> 69. <u>2080-2081</u> 70. <u>2082-2083</u> 71. <u>2084-2085</u> 72. <u>2086-2087</u> 73. <u>2088-2089</u> 74. <u>2090-2091</u> 75. <u>2092-2093</u> 76. <u>2094-2095</u> 77. <u>2096-2097</u> 78. <u>2098-2099</u> 79. <u>2100-2101</u> 80. <u>2102-2103</u> 81. <u>2104-2105</u> 82. <u>2106-2107</u> 83. <u>2108-2109</u> 84. <u>2110-2111</u> 85. <u>2112-2113</u> 86. <u>2114-2115</u> 87. <u>2116-2117</u> 88. <u>2118-2119</u> 89. <u>2120-2121</u> 90. <u>2122-2123</u> 91. <u>2124-2125</u> 92. <u>2126-2127</u> 93. <u>2128-2129</u> 94. <u>2130-2131</u> 95. <u>2132-2133</u> 96. <u>2134-2135</u> 97. <u>2136-2137</u> 98. <u>2138-2139</u> 99. <u>2140-2141</u> 100. <u>2142-2143</u> 101. <u>2144-2145</u> 102. <u>2146-2147</u> 103. <u>2148-2149</u> 104. <u>2150-2151</u> 105. <u>2152-2153</u> 106. <u>2154-2155</u> 107. <u>2156-2157</u> 108. <u>2158-2159</u> 109. <u>2160-2161</u> 110. <u>2162-2163</u> 111. <u>2164-2165</u> 112. <u>2166-2167</u> 113. <u>2168-2169</u> 114. <u>2170-2171</u> 115. <u>2172-2173</u> 116. <u>2174-2175</u> 117. <u>2176-2177</u> 118. <u>2178-2179</u> 119. <u>2180-2181</u> 120. <u>2182-2183</u> 121. <u>2184-2185</u> 122. <u>2186-2187</u> 123. <u>2188-2189</u> 124. <u>2190-2191</u> 125. <u>2192-2193</u> 126. <u>2194-2195</u> 127. <u>2196-2197</u> 128. <u>2198-2199</u> 129. <u>2200-2201</u> 130. <u>2202-2203</u> 131. <u>2204-2205</u> 132. <u>2206-2207</u> 133. <u>2208-2209</u> 134. <u>2210-2211</u> 135. <u>2212-2213</u> 136. <u>2214-2215</u> 137. <u>2216-2217</u> 138. <u>2218-2219</u> 139. <u>2220-2221</u> 140. <u>2222-2223</u> 141. <u>2224-2225</u> 142. <u>2226-2227</u> 143. <u>2228-2229</u> 144. <u>2230-2231</u> 145. <u>2232-2233</u> 146. <u>2234-2235</u> 147. <u>2236-2237</u> 148. <u>2238-2239</u> 149. <u>2240-2241</u> 150. <u>2242-2243</u> 151. <u>2244-2245</u> 152. <u>2246-2247</u> 153. <u>2248-2249</u> 154. <u>2250-2251</u> 155. <u>2252-2253</u> 156. <u>2254-2255</u> 157. <u>2256-2257</u> 158. <u>2258-2259</u> 159. <u>2260-2261</u> 160. <u>2262-2263</u> 161. <u>2264-2265</u> 162. <u>2266-2267</u> 163. <u>2268-2269</u> 164. <u>2270-2271</u> 165. <u>2272-2273</u> 166. <u>2274-2275</u> 167. <u>2276-2277</u> 168. <u>2278-2279</u> 169. <u>2280-2281</u> 170. <u>2282-2283</u> 171. <u>2284-2285</u> 172. <u>2286-2287</u> 173. <u>2288-2289</u> 174. <u>2290-2291</u> 175. <u>2292-22</u>

DATE	000000	STATION
000000	000000	000000

2 - *Leptogaster*
7 - *Boletus*
6 - *Leptogaster*
5 - *Boletus*
10 - *Boletus*





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: Selas Mesquita APÊ DO LITO: Nº DO PRONTUÁRIO: 25 DATA: 1.05.79

CIRURGIA

TIPO

TEMPO DE DURAÇÃO

INÍCIO

FIM

TEMPO TOTAL

h/a para torçã E.P.D.

12:5514:00

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO

Dr. Lusindo

ANESTESISTA:

Dr. Uirapuru

RES. ANESTESIA:

Dr. José

INSTRUMENTADOR

1ª AUXILIAR

Res. Manoel

CIRCULANTE

João Elizângela

2ª AUXILIAR

TIPO DE ANESTESIA:

Genl

QUANT.

MATERIAIS

VALOR

QUANT.

MEDICAMENTOS

PCTA COMPRESSAS C/03 UNID.

PACOTES GAZI

LUIVA ESTÉRIL 25 65

LUIVA ESTÉRIL 7.5

LUIVA ESTÉRIL 8.0

LUIVA ESTÉRIL 8.5

LUVAS P/PROCLIDIMENYOS

LÂMINA BISTURI Nº 24

DRENO DE SUÇÃO Nº

DRENO DE TORAX Nº

DRENO DE PENROSE Nº

SERINGA 01ML

SERINGA 03ML

SERINGA 05 ML

SERINGA 10ML

SERINGA 20ML

FRASCOS SORO FISIOLÓGICO 500ml

FRASCOS- SORO RINGUR LACTADO

FRASCOS- SORO GLICOSADO

FIO VICRYL Nº 1

FIO MONONYLON Nº 30

FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº

FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº

FIO CATGUT SIMPLES Nº

FIO CATGUT CROMADO Nº

FIO PROLENE Nº

FIO SEDA Nº

SURGICEI

CERA P/ OSO

GELFOAM Nº Gelfoam

GELFOAM Tel. R. 4.5

FIA CARBACA ElizângelaOUTROS: Cloridina Alcolica

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA-VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR (A)

ENFERMEIRA CHEFE

Carla

FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS

CIRCULANTE DE SALA

DEBITAR NA C.C. DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB-TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE





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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE <i>Edson Magalhães</i>			
DIAGNÓSTICO <i>fx Exposta Tibia (B)</i>			
ALERGIAS		DM	NEGA
IDADE		LEITO	25/05/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1			
2	ACesso VENOSO PERIFÉRICO		MANUTER
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		suspensão
4	PARACETAMOL 500MG VO DE 6/6H S/N		S/N
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		S/N
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		S/N
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA		06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		S/N
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		14 22 06
15	GLEXANE 40MG SC 1X/DIA		Suspensão
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg		S/N
17	SSVV + CCGG 6/6 H		ROTINA
18	CURATIVO DIÁRIO		ROTINA
19	<i>clindamicina 600mg EV ou VO 6/6h</i>		14 20
20	<i>clonoxolona 1mg EV ou VO 12/12h</i>		16
21			

SE DIABÉTICO, CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 250 250; 2UI: > 51
 300; 4UI: 301-350; 6UI: 351-400; 8UI: > 400; 10 UI E OU GLICOSE > 70 DM/L, GLICOSE 100% 40 ML EV -
 AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

II ENCONTRO PACIENTE - 25/05/2019 NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTATO BOM, TRA 18/5/19
 RETIRADA DE TRACAO TRANSFIBIAL E, ACEITA BEM A DITA, DILATAÇÃO E VACIAÇÕES
 PRESENTES, SEM QUEIXAS ALGICAS. RADIOGRAFIA MÔDULA SINAIS DE CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA

II EXAME FÍSICO: RR: ACIPNÓTICO, ANICTÉRICO, AFÉRRIL, FUPNÉU, NORMOCORADO,
 HÍDRATAÇÃO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS.

II SOLICITADO:

II EXAMES:

II PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA - CIRURGIA DESMARCADA POR FALTA DE INSUMOS

Dr. Pedro de Oliveira
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR: 11.238

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
6 H			
12 H			
18 H			
24 H			





SECRET/NO FORN DISSEM

20-312

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

4/2/23

Stas Mesquita

 $\frac{2 \times 10^4}{10^4}$

2:17.1

№120 ФЕВРАЛЬ

SCHEIDUNG

1997-1998

02/11/2016

පාසලට්ටු

हस्ताक्षर

52-17

2018-03-03 14:56:44

OBJETIVO G

23/05 Diffa Zone AVB

STO

ST 0.27 800m x 5.5' 40 ml 6/6/6 13 20

Dist. 90010 EV 61615 SN

Confidence 50m EV 3.8h
Confidence 500m EV 6.6h

$\frac{m}{n} = \frac{m+1}{n+1}$ if and only if $m=n$

24th: PA: HC of Community

7: 35.62

$\text{Sph} \times \text{QOT} = 14\%$ - 44%

25

246-5W6-9MS-900
246-5W6-9MS-900



ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

DATA
HORA

EVOLUÇÃO

05/05/19 Sr. Silas Mesquita, 33 anos, M.

HD: Poltrauma + fratura de tibia exposta + trauma abdominal contuso.

HDA: Paciente trazido pelo SAMU vítima de acidente automobilístico (moto x carro), com lesões vitais, apresentando fraturas expostas (imobilizadas) e sangramento em local.

For encaminhado ao serviço de ortopedia que o levou para o CC para estabilizar a fratura. Após a cirurgia, evoluiu com melhoramento do estado geral e foi realizado um USG FAST que evidenciou presença de líquido livre em espessuras de até 1,6 cm na parede hepatorenal e também em espaço retroperitoneal em pequena quantidade.

For encaminhado para o CC com o nome Amy onde foi realizado a uma laparotomia exploradora.

Relevo ao paciente após cirurgia com REG, expirado, orientado com lesões em tórax inferior, fixadas em MTD, AAA, não observada hemorragia com infiltração mediana em abdome, SNG.

EE -- AOV: RCR em RT BNF s/s.

- AB: expansibilidade torácica preservada, r. crepantes de auscultação, tiragem atípica, MV + distritalmente s/ RA.

- ABD: semi-duro, normotense, sensitivo, RHA diminuídas, rubor, calor, dorosa, sem inchaço e/ou edemas palpáveis.

- Ext: OPP < 35, sem edemas, pulsos vasculares distais amplos e simétricos.

- Neurologia: orientado ativo e cooperativamente, força motora preservada, pupilas isocóricas, reflexos patêntes, ECG = H.

Sinais Vitais: Tax = 36,8°C

FC = 90 bpm

FR = 18 rpm

SpO2 = 92%

ASSINATURA

CRM





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



CIRURGIA GERAL

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

DATA 26/06/2016

Tumor abdominal contuso /
decompressão laparotômica + Tumor

HD

MED

1	Dieta zero.	5-00	
2	AVP	0-00	
3	SF 0,9% 500ml + GH 50% 40ml EV de 6/6h.	18 24 30 12	
4	Vancomicina 1g EV dose única (profilaxia)	14	
5	Tramal 100mg + SF 0,9% 100ml EV 8/8h S/N	00 06 12 18 24 30 12	
6	Ranitidina 50mg EV 8/8 SN	00 06 12 18 24 30 12	
7	Dipirona 2g EV de 6/6h	00 06 12 18 24 30 12	
8	Plasil 10 mg EV 8/8 SN	00 06 12 18 24 30 12	
9	SSVV + CCGG com 6/6h dose profilaxia	00 06 12 18 24 30 12	
10	Injeção de morfina 2g	00 06 12 18 24 30 12	
11		00 06 12 18 24 30 12	
12		00 06 12 18 24 30 12	

Anotações da Enfermagem

12H	18H	24H	DSH	DEIXO	GLICOSE 50% 40 ml EV	0 UI - 5C	02 UI - 5C	04 UI - 5C	06 UI - 5C	08 UI - 5C	10 UI - 5C	CHAMAR PLANTONISTA
PA 144/85	121/81											
FC 36	30											
TEMPERATURA 36,9°C	34,8°C											
FR												
DIURESE												
EVACUAÇÃO												
CURATIVO												

Obs: não tem GH na unidade

DATA 2010519

Polítrama + ~~Alumina~~ exposta de

MD	tibia + trauma abdominal contuso
----	-------------------------------------

1 Dieta branda _____

328

2	AVP	5000 ml + GH 50% 40 ml. EV de 6/6h
---	-----	------------------------------------

D2/5	4	Tenoxicam 20 mg EV de 12/12h
------	---	------------------------------



5	Tramadol 100mg + SF 0.9% 100ml EV 8/8h 5/N
6	Tramadol 100mg + SF 0.9% 100ml EV 8/8h 5/N

25

6	Ranunculus acris L.
7	Dipirona 2g EV de 6/6h

~~SECRET~~

Plasall 10 mg EV 8/8 5N	8
-------------------------	---

Realiza

10 Martir catbeceira elevada 35

Shedden

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

A diagram showing a vertical line with a horizontal line segment at the top, and several vertical line segments of varying lengths extending downwards from the horizontal line. The segments are labeled with numbers 1 through 6.

12

Figure 1

+ 	+
---------------------------	---------------------------

1

[illegible]

1. The first part of the document is a title page. It contains the title "THE HISTORY OF THE UNITED STATES OF AMERICA" and the author "BY JAMES MADISON".

uninsured	Chronic
-----------	---------

MORRIS

	Glucose 5
< 70	
< 200	0.4

10

201-250	021
251-300	041

TEMPERATURE

301350	06
301350	06
301350	06

DATE

2400	CHAMAR	10
2400	CHAMAR	10

CURATOR

1

Anotações da Enfermagem

1200Pa PCSI and 300Pa
Camaratun, No. 1000
Judeo-Card 300Pa
300Pa PCSI and 300Pa
300Pa PCSI and 300Pa

[illegible]

THESE TWO BOOKS



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA

PEDIDO DE PARECER

DE: Cirurgia Geral

PARA: Ortopedia

Nome: SILAS MESQUITA

Idade: 33 anos

LEITO: 214-2

Paciente em terceiro dia de PO de laparotomia exploradora, evoluindo com melhora clínica, estando hoje em BEG, IOTL, eupneico, AAA, normocorado, hidratado, com retirada da SNG ontem. Paciente recebe hoje alta da cirurgia. Solicito avaliação da Ortopedia para verificar a necessidade de acompanhamento com a mesma.
Grato,

Dr. Tingo Dias
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM-RR 1883

Boa Vista - RR, 28 de maio de 2019

Assinatura e Carimbo do Médico

Resposta:

Paciente em terceiro dia de PO de laparotomia exploradora, evoluindo com melhora clínica, estando hoje em BEG, IOTL, eupneico, AAA, normocorado, hidratado, com retirada da SNG ontem. Paciente recebe hoje alta da cirurgia. Solicito avaliação da Ortopedia para verificar a necessidade de acompanhamento com a mesma.

Dr. Odinaci Oramin
Médico especialista em Ortopedia
CRM-RR 1883

Antônio Rogerio

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR
Tel: (95) 2121-0816





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA



RESUMO DE ALTA DA CIRURGIA GERAL

IDENTIFICAÇÃO: Silas Mesquita 34 anos
DATA DA INTERNAÇÃO: 25/05/2019
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: Dr. Levindo
DATA DA CIRURGIA: 25/05/2019

DN: 12/06/1985

DATA DA ALTA: 30/05/2019

DIAGNÓSTICO:

Pollítrama (trauma abdominal Contuso - Trauma Hepático) + Fratura - membro inferior direito

TRATAMENTO

Laparotomia Exploradora - Hemostasia de lesão hepática/ Fratura em membro inferior fixada e conduzida pela Ortopedia

EVOLUÇÃO

Evoluiu sem intercorrências, sem queixas, acamado, aceitando bem dieta, boa diurese e flatos e fezes presentes. Ferida operatória limpa, seca e sem sinais de flogose. Mantém internação aos cuidados da ortopedia.

ORIENTAÇÃO

- 1- Reavaliação da cirurgia geral se intercorrências (por exemplo: febre, dor forte, vômitos, diarreia).
- 2- Repouso por 60 dias com uso de cinta abdominal.
- 3- Dieta livre; higienização da ferida operatória diária.
- 4- Retornar ao ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital Coronel Mota, com Dr. Levindo em 7 dias, após marcação no NIR.

BOA VISTA - RR, 31 DE MAIO DE 2019.

MÉDICO (A)

ASSINATURA/CARIMBO



ENERGIA: NÃO

Comité

**Politrauma + trauma exposto a
tibia + trauma abdominal
contuso**

Anotações da Enfermagem

Orthopedic.

Dr. Arnold

Widow of E. J. P. Smith
Mrs. E. J. P. Smith
Chillicothe, Mo.

INDIAN EXTREME

DISCUSSION

Dr. Hector D. Ciriaco
Director, Centro de Estudios
Socioculturales y Antropológicos
CINVESTAV-IPN, 66310 Yucatán, Méx.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Silvia Almeida ANOS 73
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 23/05/19 COM
DIAGNÓSTICO DE fratura exposta do fêmur
NO DIA 23/05/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SEDO
OPERADO PELO DR. U. A. Pereira E DR. U. A. Pereira

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 24/05/19 AS 11:00h EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 24/05/19 AS 1:30 COM O
DR. U. A. Pereira

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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



PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Pedro

BOA VISTA 25/05/19

Assunto: Curativo
Assinatura: U. A. Pereira
Cargo: Ortopedista
MÉDICO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA



RESUMO DE ALTA DA CIRURGIA GERAL

IDENTIFICAÇÃO: Silas Mesquita 34 anos

DN: 12/06/1985

DATA DA INTERNAÇÃO: 25/05/2019

DATA DA ALTA: 30/05/2019

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: Dr. Levindo

DATA DA CIRURGIA: 25/05/2019

DIAGNÓSTICO:

Poitrauma (trauma abdominal Contuso – Trauma Hepático) + Fratura em membro inferior direito

TRATAMENTO

Laparotomia Exploradora – Hemostasia de lesão hepática/ Fratura em membro inferior fixada e conduzida pela Ortopedia.

EVOLUÇÃO

Evoluiu sem intercorrências: sem queixas, acamado, aceitando bem dieta, boa diurese e flatos e fezes presentes. Ferida operatória limpa, seca e sem sinais de flogose. Mantem internação aos cuidados da ortopedia.

ORIENTAÇÃO

- 1- Reavaliação da cirurgia geral se intercorrências (por exemplo: febre, dor forte, vômitos, diarreia).
- 2- Repouso por 60 dias com uso de cinta abdominal.
- 3- Dieta livre; higienização da ferida operatória diária.
- 4- Retornar ao ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital Coronel Mota, com Dr. Levindo em 7 dias, após marcação no NIR.

BOA VISTA – RR, 31 DE MAIO DE 2019.

MÉDICO (A)
ASSINATURA/CARIMBO



FICHA DE ENCAMINHAMENTO - HGR

PACIENTE: <u>Silva Mesquita Nogueira</u>	SUS: []
ENDEREÇO: <u>R. Vega, 698</u>	BAIRRO: <u>Colônia Sete de Maio</u>
NOME DA MÃE: <u>Mae. Vele Mesquita Nogueira</u>	
DATA DE NASCIMENTO: <u>12/06/1993</u>	IDADE: <u>33a.</u>
CPI: []	ONE: <u>951986038219</u>
SEXO: MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>	<u>(8) 9966-5212</u> (marciana)

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

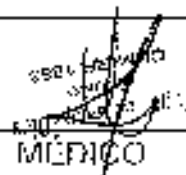
Por sintomas de dor abdominal explosivos
sem febre.

RESULTADOS DOS EXAMES:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA ruim do sistema digestivo CID: S369

PRIORIDADE: ☒ VERMELHO () AMARELO () VERDE

DATA: 31/05/19


MÉDICO
(ASSINATURA E CARIMBO)

AGENDAMENTO - CECM

ESPECIALIDADE: Gastroenterologia
DATA: 07/06/19 HORA: 10:00h HS
MÉDICO: Dr. Leonardo

Coronel Mota



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA PROGRAMADA

O paciente: Silas Negreiros do 33 anos,
data de nasc: 20/01/85 contato: (95) 984058219/98411-7479, com o diagnóstico:
fx exposta fêmur sendo como indicação o procedimento: Cirurgia

da ESPECIALIDADE ORTOPEdia, sem data de agendamento no momento até a normalização do serviço
eletivo, devendo retornar para internação após contato do setor NIR do HGR, contato com 3 dias de
antecedência para realização do procedimento.

Lembramos que a paralização das cirurgias eletivas se dá pela falta de material e não por falta de profissionais
da área. Portanto, assim que normalizar o suprimento de matérias essenciais para a realização dos
procedimentos, o serviço de ORTOPEdia irá chamar os pacientes desospitalizados pelo contato acima de
acordo com as prioridades médicas e previstas em lei.

O paciente deverá comparecer ao ambulatório no dia 12/06/19 com o médico
DR V. L. Pereira para acompanhamento extra hospitalar até a normalização da situação e como
da unidade para a realização do procedimento indicada.

O paciente deverá manter a imobilização, se for o caso, conforme recomendação médica e fazer uso da
medicação de acordo com a prescrição, e deverá ainda, no momento da internação, portar todos os exames pré-
operatórios solicitados, bem como estar em JEJUM DE OITO (08) HORAS ANTES DO
PROCEDIMENTO.

O paciente ou representante legal se compromete em comparecer no NIR do HGR, conforme definido neste
documento, assumindo inclusive a responsabilidade por eventuais complicações caso não compareça na data e
horário programados para internação, podendo ocasionar atraso na realização do procedimento, sendo essa uma
situação alheia à vontade da equipe assistencial e da instituição.

OBS: é de suma importância salientar, que em caso de piora do quadro doloroso e/ou surgimento de
alguma outra queixa mesmo não relacionada ao problema a ser tratado nesta data, como: febre,
formigamento/mudanças de temperatura ou cianose (rouxidão) no local afetado, o paciente deverá
retornar IMEDIATAMENTE e em qualquer horário ao Pronto Atendimento Airton Rocha - PAAR,
onde será atendido pelo médico plantonista com base em sua classificação de risco, e sendo necessário,
irá referenciá-lo à equipe assistencialista da ortopedia.

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
MÉDICO ORTOPEdia
Assinatura e Carimbo

PACIENTE OU RESPONSÁVEL
Assinatura e CPF:

MÉDICO REGULADOR - NIR/HGR
Assinatura e Carimbo



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Silva Mesquita ANOS 23
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 23.05.19 COM
DIAGNÓSTICO DE fratura exposta do fêmur
NO DIA 23.05.19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SEDO

OPERADO PELO DR. Paulo Roberto E DR. Paulo Roberto

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 31.05.19 AS 11h00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTANO DIA 12.06.19 AS 7:30 COM O
DR. Vitor Pereira

ORIENTAÇÕES GERAIS

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 15 (QUINZE) DIAS DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Paulo Roberto

204 VISTA 31.05.19

MÉDICO

BOLETIM OPERATÓRIO**HOSPITAL LOTTY ÍRIS**HOSPITAL
LOTTY ÍRIS

CNPJ: 11.509.466/0001-22

Responsável Técnico

Dr. Alexandre Salomão de Oliveira - CRM 61496

Nome: GLAUB MOSQUITA NEVES Idade: _____Data: 07/08/18 S.O.: _____ Sexo: MASC

Diagnóstico Pré-Operatório:	<u>Pro-destino de Filo Dental (D)</u>
Indicação Terapêutica:	<u>TCO para o Bando de Filo</u>
Tipo de Internação:	<u>CLÍNICA</u>
Medicações e Acidentes:	<u>---</u>
Diagnóstico Operatório:	<u>Pro-destino de Filo (D)</u>

Chirurgião	<u>Dr. Alex Salomão</u>
1º auxiliar	<u>Carla</u>
2º auxiliar	
3º auxiliar	
Anestesiologista	<u>Dr. Alex Salomão</u>
Início	
Fim	
Duração	

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Realizado em sala de Plano Alveolar
- 2) Anestesia + antiespasmódico + Gaseificação
- 3) Lavagem da região de Foco Dental
- 4) Pro-destino de Filo Dental (D)
- 5) Pro-destino Dental + Bando de Filo (D)
- 6) Fixação com Zincofosfato
- 7) Gaseificação da região
- 8) No Controle
- 9) Bando de Filo + S.O.
- 10) Controle
- 11) RPA

Alex Salomão de Oliveira
 CRM 61496
 RPA 310

Not intended for official interpretation.

SILENCE (RECEIVED)

EX. 5214-2 BL 8

M

PA

5/2/2019

2:42 PM

HOSP. GERAL DE RORAIMA

Operador N/RAJON/Assunção

101 - 01/06

20/01/2019



SHI 1011

1.123
W 233

Not intended for official interpretation.

CLAS MEXQUITA HOGUETRA

BLDG. 13714-02

ME

PA

62600013

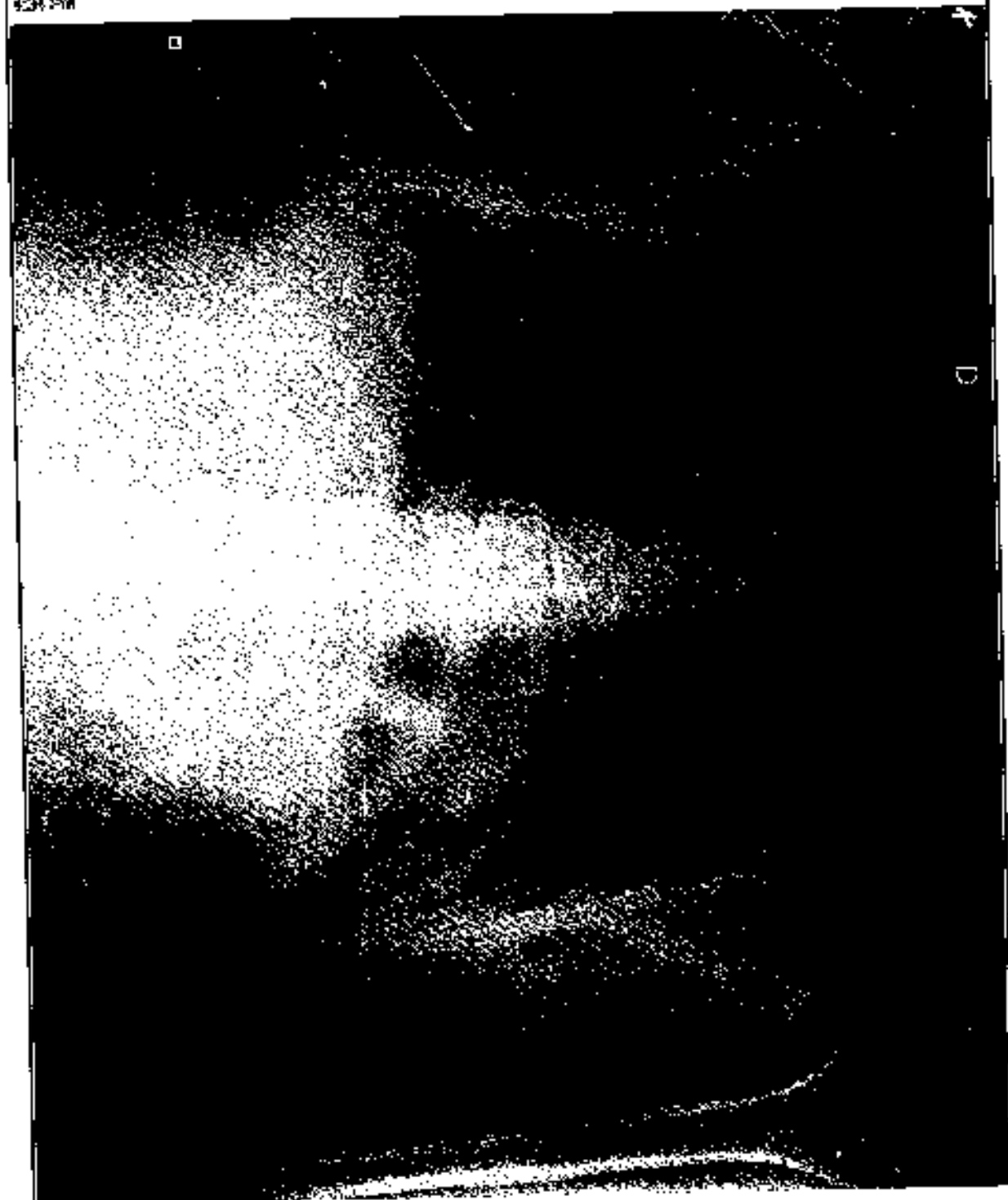
424 398

HOSP. GENAL DE RORAIMA

Operante NORAUD AUGUSTO

IV - 0146

Edm 10695



FOR

D



2010

2010

2010

FOR

2010

2010

Not intended for official interpretation.

GLAS WEGSSUIA NOGUEIRA

PACS 207683062

16

CRANEO

6252010

16-03-99

HOSP GENAL DE BORANHA

Operatório 15/03/2000

--KV, --mA

Zoom 100%



12 mm

L 120
VV 256

Not intended for official interpretation.

SILAS BRESQUERA ROSQUERA

1965-2014-00007

M

CRANEU

04/02/2014

9:17 AM

HOSP GENERAL DE ROSARIO

Operador: HOSPITAL ROSARIO

-RV, -RAN

Zoom 100%



583 mm

L 136
W 256

Not intended for official interpretation.

SILAS MESQUITA NOGUEIRA

(4621-2074859052)

M

CRANEO

OPERAÇÃO

045 AM

HOSP. GERAL DE RORAIMA

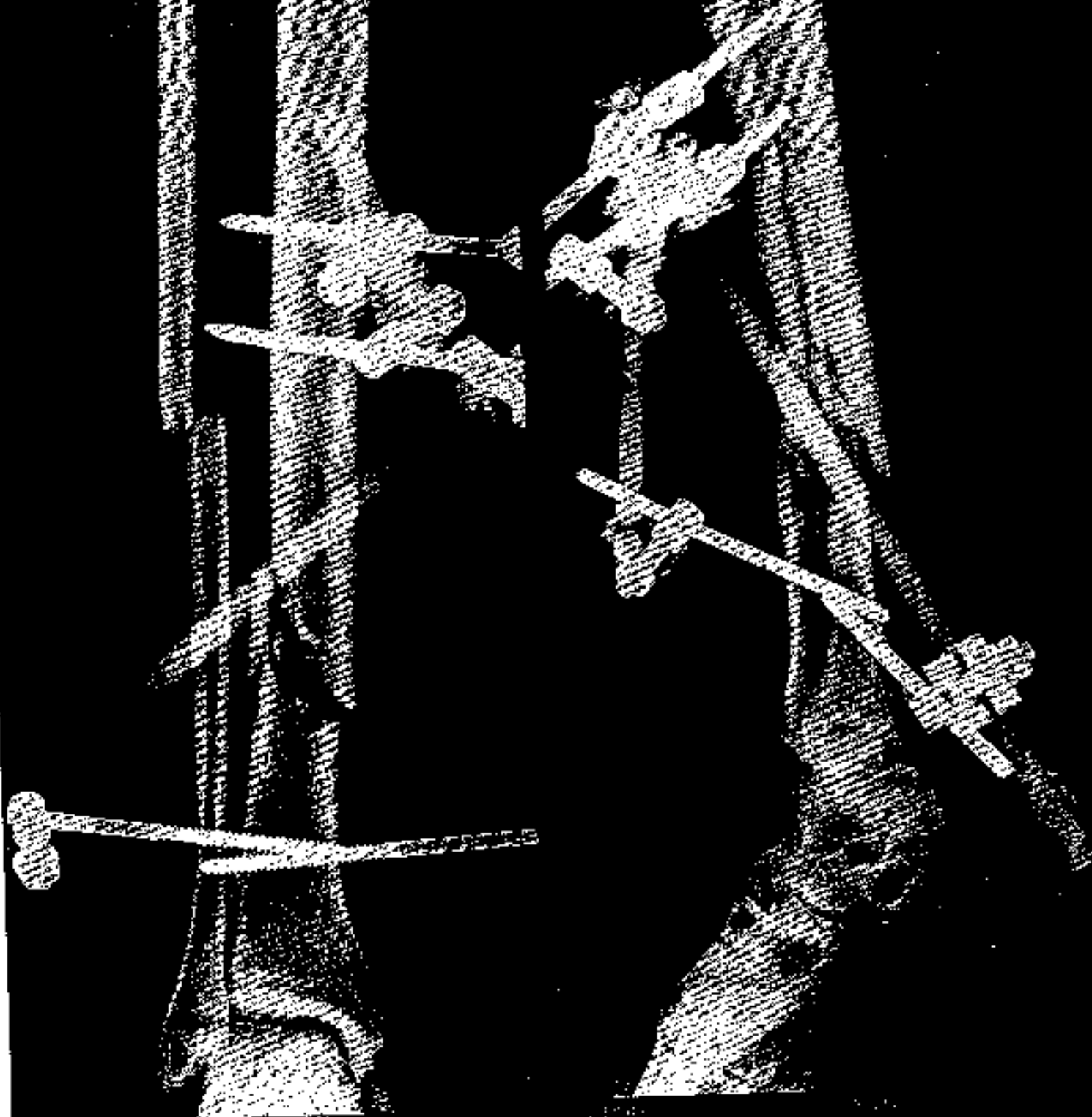
Operatório 100RAIO/ALUEBEP

- IV, - MAX

Zusán 1809%



15



SILAS MATSQUITA

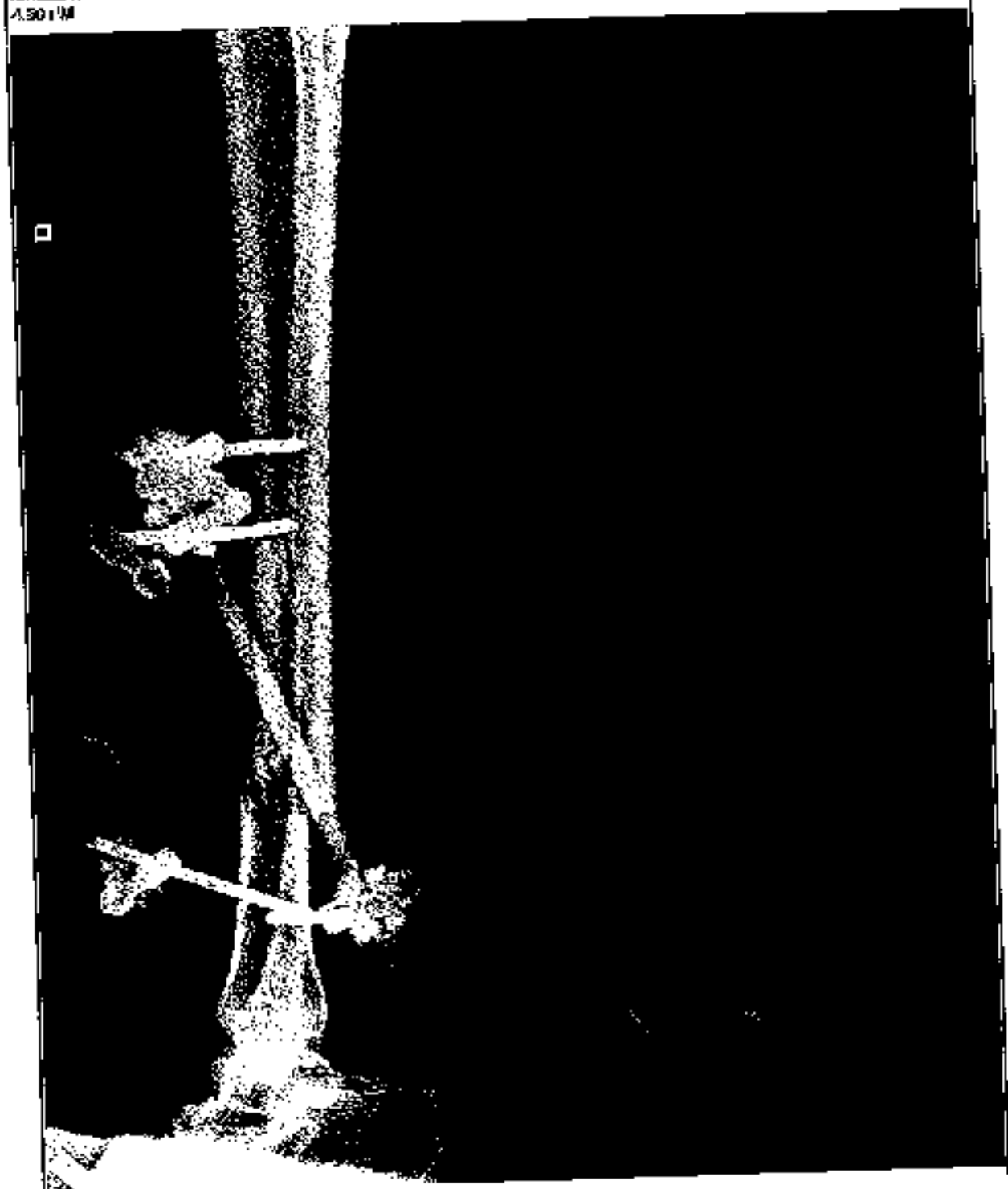
6213

HOSPITAL CORONEL MOYA

Not intended for official interpretation.

GRAS MESQUITA
DLOC 13-214-2
8/12/1985
PERNA
12032019
4.501M

HOSP. GERAL DE RORAIMA
Operador: RFFAROS/AMBBH
- KV, - mAs
Zoom 100%



Not intended for official interpretation.

SILAS MESQUITA ROSALES

PACS 207453417

54

CRANED

17250013

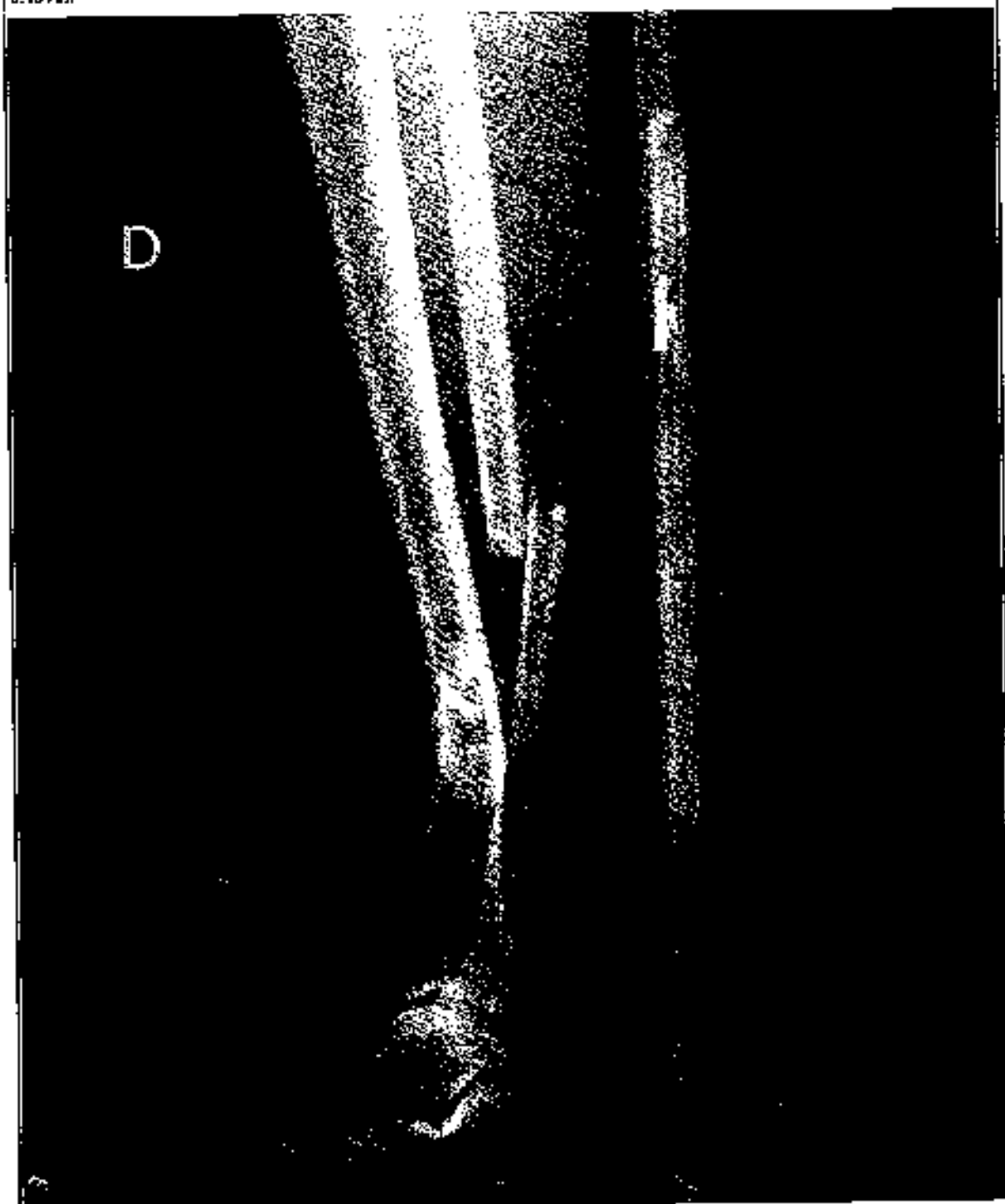
3:45 AM

HOSP. GERAL DE RORAIMA

Operatório N.º 100000000

- IV, RMS

Zootu 19076



Not intended for official interpretation.

GLAS MESQUITA NINHEIRA

PACS 217 (R3017)

M

ORANGE

60223011

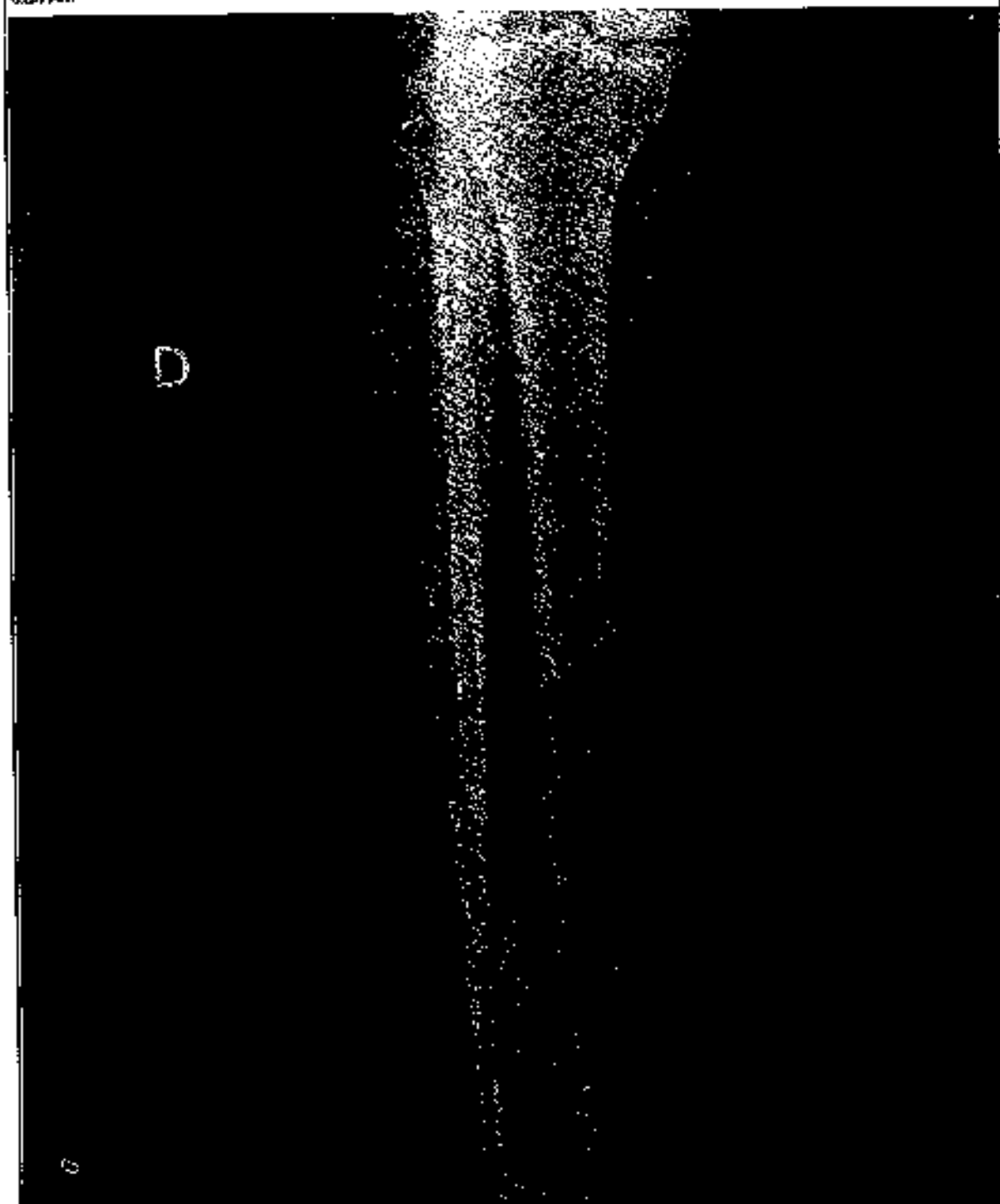
6021 AM

HOSP. GERAL DE RORAIMA

Operador: RORAIMA/7/20/2011

- EX - MARI

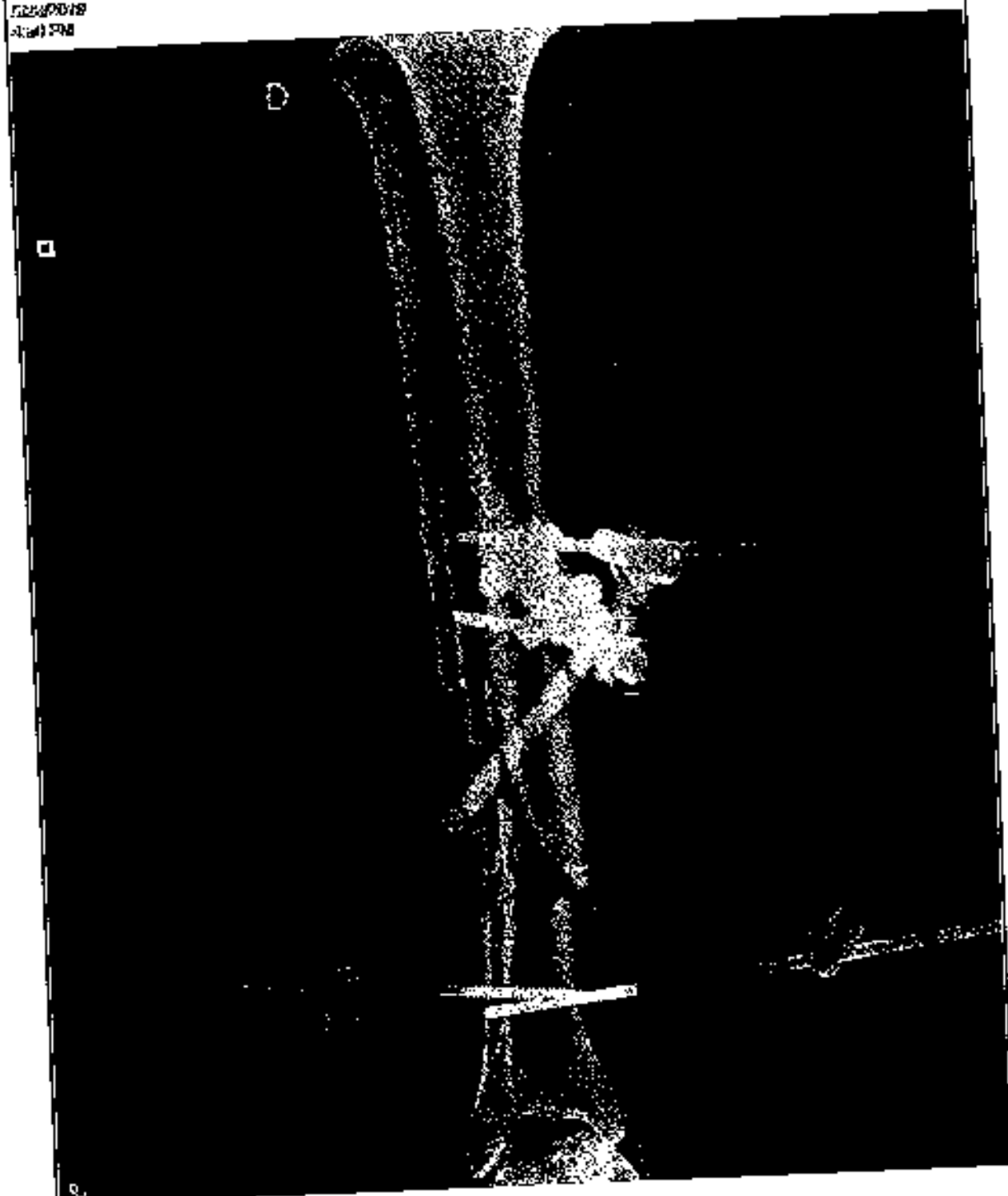
Zona 100%



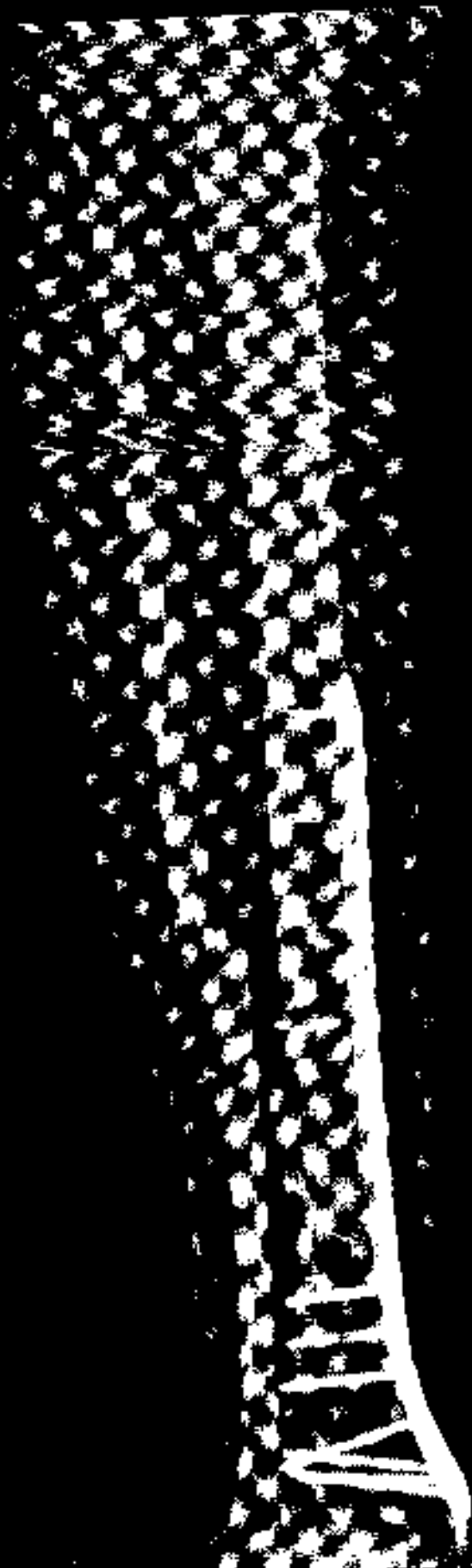
Not intended for official interpretation.

30.05.1983
11.00.00
11.00.00
PERNA
11.00.00
11.00.00

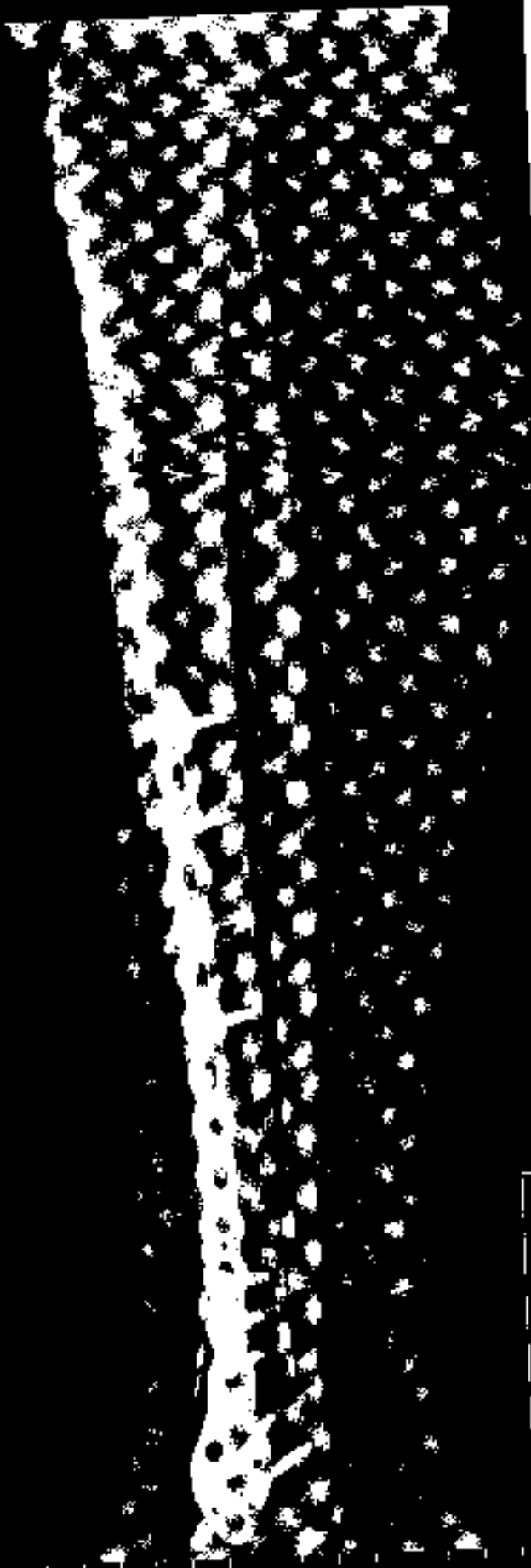
WSP GEPAL DE RORAIMA
Departamento de Roraima
- 3V, - 100%
Zona 100%



D



UNITED STATES GOVERNMENT
PHOTOGRAPHIC SERVICE
WASHINGTON, D. C. 20540
GPO : 1964 O - 350-000



UNITED STATES GOVERNMENT
PHOTOGRAPHIC SERVICE
WASHINGTON, D. C. 20540
GPO : 1964 O - 350-000

[illegible]

PA

Laudo Fisioterapêutico

PACIENTE SILAS MESQUITA NOGUEIRA, 34 ANOS, RESIDENTE NO MUNICÍPIO DE ALTO ALEGRE.

NO DIA 25 DE MAIO DE 2019, O REFERIDO PACIENTE, SOFREU ACIDENTE DE MOTO, RESULTANDO EM FRATURA DE MIA (TÍBIA E FÍBULA); O MESMO FOI SUBMETIDO A CIRURGIA NO DIA 08 DE AGOSTO DE 2019 PARA COLOCAÇÃO DE PLACA CIRÚRGICA NA TÍBIA E POSTERIORMENTE ENCAMINHADO PARA FISIOTERAPIA.

NA AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA FORAM AVALIADOS OS SEGUINTE ASPECTOS: ADM(AMPLITUDE DE MOVIMENTO PARA DORSO-FLEXÃO, FLEXÃO PLANTAR, EVERSAO E INVERSAO DO PÉ), GRAU DE FORÇA MUSCULAR, TROFISMO E TESTES ESPECIAIS DE SENSIBILIDADE. NOTOU-SE PEQUENA REDUÇÃO DE FORÇA MUSCULAR QUANDO COMPARADO AO OUTRO MÍMBRO, E PEQUENO GRAU DE ATROFIA MUSCULAR, SEM ALTERAÇÕES DE SENSIBILIDADE; ADM PRESERVADA PARA MOVIMENTOS DE TORNOZELO E PÉ.

PACIENTE ENCONTRA-SE AINDA SEM LIBERAÇÃO PARA DEAMBULAÇÃO.

Ruth S. Moreira
Fisioterapeuta
CREFTO 252215-F
4.0

ALTO ALEGRE-RS, 20 DE OUTUBRO DE 2019.



LAUDO MÉDICO

PACIENTE SILAS MESQUITA NOQUEIRA, 34 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, COM FRATURA EXPOSTA DE PILÃO TIBIAL DIREITO DIA 25/05/2019.

REALIZADO TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA, COM FIXADOR EXTERNO + LAPAROTOROMIA EXPLORATÓRIA DEVIDO LESÃO HEPÁTICA.

AGUADOU MELHORA DE PARTES MOLES, COM TRATAMENTO CIRÚRGICO DEFINITIVO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM 08/08/2019, COM OSTEOSINTESE DE OSSOS DA PERNA DIREITA.

HOJE COM BOA EVOLUÇÃO, SEM SINAIS INFECCIOSOS, AGUARDANDO LIBERAÇÃO CLÍNICA PARA INÍCIO DE REABILITAÇÃO MOTORA. A DISPOSIÇÃO,

Vitor Perceat Santiago
Ortopedia/Traumatologia
CRM-RR 1835
RQE: 910

Responsável Técnico Dr. Vitor Perceat Santiago CRM 1835 – RR RQE 910

Rm 18/08/19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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





Polegar Direito

Silas Mesquita Nogueira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **242770** DATA DE EXPEDIÇÃO **30/07/2019**

NOME **SILAS MESQUITA NOGUEIRA**

FILIAÇÃO **ANTONIO DOS SANTOS NOGUEIRA
MARINETE MESQUITA NOGUEIRA**

NATURALIDADE **BOA VISTA - RR**

DOC. ORIGEM **CERTD NASC 42901 FLS 120 LIV A-55
BOA VISTA-RR**

DATA DE NASCIMENTO **12/06/1985**

795.531.762-91
2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Policial Papetero
Mantido em 2019

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

P6

PROIBIDO PLASTIFICAR

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 01

CLASSE DE MOVIM

01165048040

06456719315

NOME / NOME DO

MARINETE MESQUITA NOGUEIRA

RUA DOM PEDRO

IMPERATRIZ Nº 1334

ALTO ALEGRE - RR 69350000

CITICOM

164.050.042-34

PLACA

NAY0518

NOME ANTERIOR

RORAIMA MOTORES LTDA

PLACA ANTE

CLASSE

9C2KD0540ER067333

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC

MARKA/MODELO

HONDA/NXR150 BROS ESD

CAP/MOTOR

2P/0149CC/

CATEGORIA

PARTICU

RESERVAÇÕES

BRANCA

AL. FID. R. R. Edson Santos

TR DA AMAZON LTDA * PROIB SA

DETRAN - RR


LOCAL

ALTO ALEGRE - RR

DATA

22/08/2014

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
564401

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434845/19

Vítima: SILAS MESQUITA NOGUEIRA

CPF: 795.531.762-91

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 25/05/2019

Titular do CPF: SILAS MESQUITA
NOGUEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SILAS MESQUITA NOGUEIRA : 795.531.762-91

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019
Nome: SILAS MESQUITA NOGUEIRA
CPF: 795.531.762-91

SILAS MESQUITA NOGUEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190679369 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILAS MESQUITA NOGUEIRA **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL.
FRATURA EXPOSTA TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/LAPAROTOMIA EXPLORADORA-HEMOSTASIA DE LESÃO HEPÁTICA).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.5/6/7_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190679369 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILAS MESQUITA NOGUEIRA **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL.
FRATURA EXPOSTA TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/LAPAROTOMIA EXPLORADORA-HEMOSTASIA DE LESÃO HEPÁTICA).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.5/6/7_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434845/19

Vítima: SILAS MESQUITA NOGUEIRA

CPF: 795.531.762-91

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 25/05/2019

Titular do CPF: SILAS MESQUITA NOGUEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SILAS MESQUITA NOGUEIRA : 795.531.762-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019
Nome: SILAS MESQUITA NOGUEIRA
CPF: 795.531.762-91

SILAS MESQUITA NOGUEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190679369

Vítima: SILAS MESQUITA NOGUEIRA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SILAS MESQUITA NOGUEIRA

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

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190679369

Vítima: SILAS MESQUITA NOGUEIRA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SILAS MESQUITA NOGUEIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **SILAS MESQUITA NOGUEIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000000522-3**

Conta: **0000003320-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 795-531-762-91 4 - Nome completo da vítima: SILAS MESQUITA NOGUEIRA

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

5 - Nome completo: SILAS MESQUITA NOGUEIRA 6 - CPF: 795-531-762-91
7 - Profissão: ALTOONOMO 8 - Endereço: RUA VEGA 9 - Número: 698 10 - Complemento:
11 - Bairro: SATELITE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-574
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 98409-0723

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0522 3 CONTA: 0003320 0
(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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que 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.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA - RR 29 DE JULHO DE 2019

SILAS MESQUITA NOGUEIRA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BOLETIM Nº 2712/2019
DATA: 25/05/2019
HORA: 00:50 min

DELEGADO: Douglas Gabriel da Cruz
ATENDENTE: Alexandra Balico

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Av. Rui Baraúna c/ Av. Parimé Brasil

DATA:
25/05/2019

HORA:
7h e 30min

DESPACHO

DADOS DO COMUNICANTE		
NOME: ROP PM Nº069655 SÉRIE J 1º BPM	CPF:	RG: <input type="checkbox"/> Arquivar (foto atípica)
DATA NASC:	End:	<input type="checkbox"/> Aguardar novos fatos
PAI:	MÃE:	<input type="checkbox"/> Intimar o comunicante/vítima
ESCOLARIDADE:	NATURAL:	<input type="checkbox"/> Intimar suspeito
SEXO:	IDADE:	<input type="checkbox"/> Intimar as partes para TCO
TEL CEL:	ESTADO CIVIL:	<input checked="" type="checkbox"/> NACION: apresentação
PROFISSÃO:		<input checked="" type="checkbox"/> RAÇA: para investigação
		<input checked="" type="checkbox"/> Ao
		<input type="checkbox"/> Aguardar o comparecimento da vítima
		<input type="checkbox"/> Decurso do prazo decadencial - Arquivar
		<input type="checkbox"/> Requirir relatório
		<input type="checkbox"/> Requirir e juntar laudo
		<input type="checkbox"/> Intimar

25.05.19
Dr. Douglas Gabriel da Cruz
Delegado de Polícia Civil
Mat. 042000194

DADOS DO AUTOR		
NOME:	CPF:	RG:
DATA NASC:	End:	
PAI:	MÃE:	
ESCOLARIDADE:	NATURAL:	NACION:
SEXO:	IDADE:	RAÇA:
TEL CEL:	ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:

25.05.19
Dr. Douglas Gabriel da Cruz
Delegado de Polícia Civil
Mat. 042000194

DADOS DA INFRAÇÃO		
CÓD. INFRAÇÃO	INFRAÇÃO	QUALIFICAÇÃO
	Acidente de trânsito	

HISTÓRICO

O Comunicante acima compareceu nesta delegacia para informar que foram acionados para atender uma ocorrência de Acidente de Trânsito com vítima, onde a motocicleta HONDA BROS NXR 150, cor BRANCA, de PLACA NAY-0518, conduzida por Silas Mesquita Nogueira colidiu com a traseira do caminhão VW /8.120, cor Branca, de PLACA JXN-9150, conduzido por Paulo dos Santos Araújo. Que o Sr. Silas foi removido ao PSE, pois apresentava uma possível fratura na perna direita. Que a perícia esteve no local, e após a realização da mesma, os veículos envolvidos foram liberados aos seus proprietários. É o relato.

Alexandra Balico
Agt. Car. De Polícia Civil

ROP PM Nº069655 SÉRIE J 1º BPM
Comunicante

DAT
Confere com original
Data: 03/10/2019
Assinatura

Givanildo da Silva Vieira
Agente Carcerário de Polícia Civil
Mat. 042000855

Aguarde-se repre
tação. B.V. 31/05/19
Glauber L.

1º BPM-RR**RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL****SÉRIE J****Nº 069655**

Vtr 656	SUCp 1º BPM	Data 25/05/2019	S/Setor LESTE	H/Transm 07:30	H/Ini 07:30	CH/H 07:35	H/Fim 10:22	
Cód. Oc. 1001/1003	Cód. Prov. 13005/13006/13999	Cód. Ser. Prest. -	Km/Ini 81675	Km/Fin 81689				

LOCAL DE OCORRÊNCIAEnd: Av. Rui Barauna com Av. Parimé BrasilBairro: Caraná

Ref: _____

PESSOAS RELACIONADAS

1	Condutor	Nome: <u>Paulo dos Santos Araújo</u>	Idade: <u>239</u>	E. Civil: <u>União Estável</u>
Endereço: <u>Travessa Raimundo Alves de Souza nº145 Bairro: Jardim Tropical</u>				
Edt. R.G. <u>3506827 RR</u>		CNH <u>02252291415</u>	Profissão: <u>Motorista</u>	
2	Condutor	Nome: <u>Silas Mesquita Nogueira</u>	Idade: <u>35</u>	E. Civil: <u>União Estável</u>
Endereço: <u>Rua Vega nº169 Bairro: Satélite</u>				
Edt. R.G. <u>242770 RR</u>		CNH <u>03541883624</u>	Profissão: <u>Motorista</u>	
3	Resp pela Moto	Nome: <u>Elis Regina Vela Coelho</u>	Idade: <u>29</u>	E. Civil: <u>Solteira</u>
Endereço: <u>RUA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE RORAIMA Nº 728 BAIRRO CIDADE SATELITE</u>				
Edt. R.G. <u>3454649 RR</u>		CNH <u>04498916660</u>	Profissão: <u>Do Lar</u>	

Veículos Envolvidos

Condutor 01: Caminhão VW/8.120 cor Branca (JXN9150): Avarias Conforme perícia;
Condutor 02: Honda Bros NXR 150 cor Branca (NAY0518): Avarias Conforme Perícia.
Obs: O condutor 02 apresenta uma possível fratura na perna direita.

ASSINATURA

CARGO

ACPL

LOCAL

3º DP

HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado (a) do 3º DP,

Fomos acionados via CIOPS para atendimento de ocorrência de acidente de trânsito com vítima e danos materiais no endereço acima citado, no local fomos informados que o Senhor PAULO trafegava na Avenida Parimé Brasil sentido ao Bairro Cidade Satélite conduzindo o Caminhão VW/8.120 cor Branca (JXW9150) momento em que chegou ao cruzamento com a Avenida Rui Barauna, reduziu a velocidade em virtude do sinal vermelho, momento em que foi colidido na traseira de seu veículo pelo Senhor SILAS que trafegava na mesma Avenida e Sentido do Senhor PAULO, conduzindo a Motocicleta Honda Bros NXR 150 cor Branca (NAY0518), o SAMU esteve no local e fez a remoção do Senhor SILAS ao PSE, o mesmo apresentava as lesões aparentes supramencionadas; a perícia esteve no local (Perito Silvio) fazendo o levantamento do acidente e relacionando as avarias dos veículos; que o veículo do item 01 estava em situação administrativa regular e foi liberado no local para o mesmo; que a motocicleta do item 02 estava em situação regular e foi liberada no local para a item 03; que após a perícia a guarnição deslocou até o PSE onde recebeu a informação que o Senhor SILAS havia sido encaminhado ao Centro Cirúrgico daquela Unidade Hospitalar; que diante dos fatos apresento o relatório para as medidas que julgar necessárias.

Handerson Luiz Matos Queiroz

408921
Nº2ºSGT PM
Posto/Graduação1º BPM
SUOp

Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023

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



DAMS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do título ou SEL

3 - CPF da vítima:

795-531-762-91

4 - Nome completo da vítima:

Silas Mesquita Nogueira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 495/2012

5 - Nome completo:

Silas Mesquita Nogueira

7 - Profissão:

ALTOBOIA

8 - Endereço:

Rua Vitor

5 - CPF:

795-531-762-91

9 - Número:

088

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SATOLITE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.317-574

15 - E-mail:

16 - Inf. (DDD):

98409-0723

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR FURADOR) 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, estar no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECURSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1,00 A R\$2.000,00



R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00



R\$2.500,00 ATE R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ CONTA POUPANÇA (Excluído para a indenização. Anexe a documentação)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (204)

AGÊNCIA:

0522

3

CONTA:

0003320

0

AGÊNCIA:

CONTA:

Informar endereço correto

Informar endereço correto

Informar endereço correto

Informar endereço correto

Autoriza a Seguradora a fazer a análise na forma de laudo de incapacidade, a emitir o laudo de incapacidade, o valor da indenização ou o valor da Seguradora DPVAT a que estiver devido, considerando o dano, desde que o documento seja a comprovação do crédito, quitação total de valor recebido.

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



Declaro, sob as penas da lei, que estou assumindo a responsabilidade de apresentar o laudo de incapacidade Médica Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.024/74), uma vez que:

- 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.

Se não for apresentado dentro do prazo de 90 (noventa) dias do pedido de indenização do Seguro DPVAT, por falta de comprovação de incapacidade médica, a Seguradora não fará a indenização. Se não for apresentado o IML, a Seguradora não fará a indenização. Se não for apresentado o IML, a Seguradora não fará a indenização. Se não for apresentado o IML, a Seguradora não fará a indenização.

Declaro que este laudo não será utilizado para fins de avaliação médica ou para fins de avaliação médica ou para fins de avaliação médica.

DECLARAÇÃO DE LÍNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado

☐ Viúvo

☐ Divorciado

☐ Separado

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

25 - Grande Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou comprovante(s):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou comprovante(s), informar o nome completo:

28 - Vítima casada?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou comprovante(s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima deixou comprovante(s)?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou comprovante(s)?

☐ Sim

☐ Não

34 - Vítima deixou comprovante(s)?

☐ Sim

☐ Não

35 - Vítima deixou comprovante(s)?

☐ Sim

☐ Não

36 - Vítima deixou comprovante(s)?

☐ Sim

☐ Não

37 - Vítima deixou comprovante(s)?

☐ Sim

☐ Não

38 - Vítima deixou comprovante(s)?

☐ Sim

☐ Não

39 - Vítima deixou comprovante(s)?

☐ Sim

☐ Não

40 - Vítima deixou comprovante(s)?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, em nome da indenização do Seguro DPVAT, por morte, aos beneficiários que se apresentarem a qualquer tempo, desde que a Seguradora não tenha sido notificada para pagar a obrigação de indenizar o valor recebido, além de responsabilizar criminalmente a fraude do artigo 299 do Código Penal.

35

Assinatura de quem assina a pedido (a regra)

35 - Nome 'legal' de quem assina a pedido (a regra)

36 - CPF-legal de quem assina a pedido (a regra)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a regra)

38 - Nome

CPF

Assinatura da testemunha

39 - Nome

CPF

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA-RR 29.08.19/2019

Silas Mesquita Nogueira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal

TESTEMUNHAS



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 0961



EQUIPE SAMU BV

UNIDADE: RAVO III

EQUIPE: Fabiana / João

Paciente: Siba Marques Noqueiro

Idade: 33

Sexo: M

Nacionalidade: Brasileiro

Raça: Branca [] Negra [] Parda [X] Amarela [] Indígena-Etnia

Endereço: Rua Barauna / Parine Brasil

Bairro: Caraná

Nº 8514

DATA 25/05/2019

HORA J/9: 6:59

BASE VIA ()

() RÁDIO

Médico (a) Regulador (a): Dr. Enrico

HORA J/10: 7:01

[X] CELULAR

MOTIVO INICIAL

Colisão

7:28-7:42

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora [X]

1 a 3 horas ()

4 a 24 horas ()

Mais de 24 horas ()

Não sabe ()

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- ☒ Acidente de trânsito
☐ Agressão física / espancamento
☐ Agressão física - FAF
☐ Agressão física - FAB

- ☐ Urgência psiquiátrica
☐ Tentativa de suicídio
☐ Envenenamento
☐ Afogamento

- ☐ Queimadura
☐ Choque elétrico
☐ Queda
☐ Urgência clínica

- ☐ Urgência obstétrica
☐ Transferência
☐ Exame complementar
☐ Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA

MEIO DE LOCOMOÇÃO

OUTRA PARTE ENVOLVIDA

ITENS DE SEGURANÇA

- ☐ Pedestre
☒ Condutor
☐ Passageiro
☐ Ignorado

- ☐ A pé
☐ Ônibus
☐ Automóvel
☐ Micro-ônibus
☒ Motocicleta
☐ Outro
☐ Bicicleta

- ☐ Automóvel
☐ Bicicleta
☐ Motocicleta
☐ Animal
☐ Ônibus
☒ Micro-ônibus
☐ Outro

- ☒ Capacete
☐ Cinto de segurança
☐ Airbag
☐ Assento para criança

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS

VENTILAÇÃO

CIRCULAÇÃO

AVAL. NEUROLÓGICA

- ☒ Livre
☐ Obstrução Parcial
☐ Obstrução Total
☐ Corpo estranho
☐ Outro:

- ☐ Apnéia
☐ Dispnéia
☐ Bradpnéia
☐ Taquipnéia

- ☐ Bradicárdico
☐ Taquicárdico
☐ Enchimento capilar acima de 2"
☐ Pulso radial ausente
☐ Pulso central ausente
☐ Cianose central
☐ Extremidade

- ☐ Miose
☐ Midríase
☐ Anisocoria [] D [] E
☒ Aparentemente Alcoolizado X
☐ Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora

P.A mm/hg

F.C Bpm

F.R Mpm

Sat O₂ %

T. Axilar °C

Glicemia

Esc. visual "DOR"

Glasgow

Início 7:25

110 x 80

95

20

98

Fim 7:42

89

20

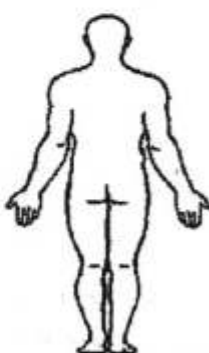
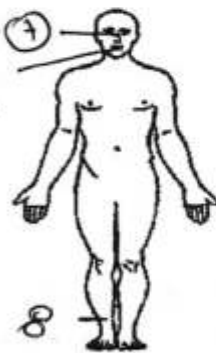
98

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA

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

Corte latro



ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
 3 - Ao comando
 2 - À dor
 1 - Sem resposta

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
 4 - Confuso
 3 - Palavras inapropriadas
 2 - Palavras incompreensíveis
 1 - Sem resposta

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
 5 - Localiza a dor
 4 - Movimento de retirada
 3 - Flexão anormal
 2 - Extensão anormal
 1 - Sem resposta

AVALIAÇÃO CARDÍACA

AFECÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA PEGRESSA

- ☐ Ritmo Sinusal
☐ Taquicardia Sinusal
☐ Flutter Atrial
☐ Fibrilação atrial
☐ FV
☐ TV
☐ AESP
☐ Assístolia

- ☐ Neurológica
☐ Respiratória
☐ Cardiovascular
☐ Digestiva
☐ Metabólica
☐ Infecçiosa

- ☐ Diabetes
☐ Cardiopatia
☐ HAS
☐ Medicação de uso
☐ Alergias
☐ Outros

GRAVIDADE COMPROVADA

[] Ileso

[] Pequena

[] Média

[X] Severa

[] Óbito

Dr. Fernando André Martins Ferreira
 Cirurgião Oncológico de
 Cabeça e Pescoço
 CRM-RR: 1063

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

- ☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento / ☐ Hospitalização
☐ Não se encontrava no local
☐ Trate

MEIO DE TRANSPORTAÇÃO

- ☒ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN

SAMU 192-BV
 CONFERE COM
 ORIGINAL

110 / 119

... 1997 17 000

PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Bos Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE							
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/>] Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/>] Partes fetais na vulva					
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/>] Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/>] Com cartão da gestante					
BCF:	<input type="checkbox"/>] Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/>] Sem cartão da gestante					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
<input type="checkbox"/>] Aspiração	<input type="checkbox"/>] Máscara laríngea	<input type="checkbox"/>] Monitorização cardíaca	<input checked="" type="checkbox"/>] Imobilização de fraturas				
<input type="checkbox"/>] Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/>] Guia de introdução Bougie	<input checked="" type="checkbox"/>] Colar cervical	<input type="checkbox"/>] Curativos				
<input type="checkbox"/>] Cateter nasal: ____ L/min	<input type="checkbox"/>] Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/>] Headblock	<input type="checkbox"/>] Parto vaginal				
<input type="checkbox"/>] Máscara facial: ____ L/min	<input checked="" type="checkbox"/>] Oximetria	<input checked="" type="checkbox"/>] Prancha longa	<input type="checkbox"/>] Cesárea de emergência				
<input type="checkbox"/>] Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	<input type="checkbox"/>] Dreno de tórax	<input checked="" type="checkbox"/>] Tirantes	<input type="checkbox"/>] Imobilização de luxação				
<input type="checkbox"/>] Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/>] Descompressão torácica	<input type="checkbox"/>] KED	<input type="checkbox"/>] Outros:				
<input type="checkbox"/>] Acesso venoso Gelco n° <u>18</u>	<input type="checkbox"/>] Acesso venoso Scalp n° _____	<input type="checkbox"/>] Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
SRL	500ml	EV	7:25				
				Luvas G-8			
				Luvas P-10			

1 atadura 8cm
1 compressa

4 ataduras 15cm
1 Pct gases 1 equipo

1 SRL 500ml
1 gelco 18

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Falísio Moto x Caminhão, Masculino 33 anos encontrado ao solo DHE, responde a solicitação aparentemente alcoolizado, apresenta possível halitose de ússo nasal, hemorragia, otorragia. Corte em lábio superior, e fratura exposta MID (fíbula) realizado imobilização conforme protocolo, imobilização da lesão, acesso venoso ecilíboso SRL 500 ml, SSVU monitorados e estáveis. Conduzido ao GT conforme Regulador Médico, Trajeto S/A entruque SPO2 98% Fc 89 bpm

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 14

Pires

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:

17/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILAS MESQUITA NOGUEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00522-3

CONTA: 000000003320-0

Nr. Autenticação

BRADESCO171220190500000000023700522000000003320236250 PAGO



Para contato
consulte informe
este número

SEU CÓDIGO

0136232-1

Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 591 - Centro - Boa Vista - RR

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

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

Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal

002862962

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

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	01/06/2019	373	311,29

SILAS MESQUITA NOGUEIRA

R. VEGA 698 Q 87 LT 522 CIDADE SATELITE

CPF: 00079553176291

CEP: 69.317-574 - BOA VISTA

ROT: 32.001.24.11.099800

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	10283	Atual	14/05/2019
Anterior	9910	Anterior	11/04/2019
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	11/06/2019
Consumo Medido	373	Emissão	13/05/2019
Consumo Faturado	373	Apresentação	15/05/2019
	FCAN		

Classificação	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14EDB09583 0	1415115	1.1.1.2	329

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	

ABR/19	425	CONSUMO	373 A R\$ 0,764602 =	285,19
MAR/19	377	ILUMINACAO PUBLICA		26,10
FEV/19	326			
JAN/19	367			
DEZ/18	415			
NOV/18	383			
OUT/18	388			
SET/18	299			
AGO/18	238			
JUL/18	191			
TARIFA DE TRIBUTOS:				
0 A 373 - 0,634620				

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade Consumidora: unidade a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/05/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá acarretar, também, a inclusão do nome do consumidor na CEPISA. Informamos ainda existir em contas anteriores vencimentos não reavaliados, no valor de R\$ 0,63, no valor histórico. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

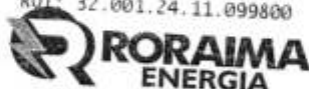
RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	73,27	Base de Cálculo:	285,19
Energia:	155,37	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	48,48
Encargos:	8,07	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	48,18	Valor do COFINS:	0,00
			0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
1,97			4,00			0,98	

FLORESTA

ROT: 32.001.24.11.099800



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 591 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0136232-1

MÊS FATURADO

05/2019

Nº da Nota Fiscal:

03/2019

TOTAL A PAGAR - R\$

311,29

VENCIMENTO

01/06/2019

002862962 FCAN

83600000003 1 11290075000 4 000000000136 2 23210519008 5

