

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
23/09/2019 - AUTO-ATENDIMENTO - 16.45 05
3783403783

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: OLIVEIRA & ARAUJO LTDA

AGENCIA: 3783-4 CONTA: 23.456-7

EFETUADO POR: MACIEL M ARAUJO

Convenio BOA VISTA ENERGIA

Codigo de Barras 83630000000-4 26810075000-2
00000000531-4 39020919008-6

Data do pagamento 23/09/2019
Valor Total 26,81

DOCUMENTO: 092307

AUTENTICACAO SISBB:

F.CDF.AB2.2C8.EF2.386



Para contato
consulte o número
desta nota

SEU CODIGO

0531390-2

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 268/13

Nº da Nota Fiscal 003707257

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR
SETEMBRO/2019	06/10/2019	50	26,81

ISMAEL SARAIVA DA SILVA

V. VIC 34 RURAL

CPF: 00038275570204

CEP: 69.378-000 - CAROBE

ROT: 412.060.12.62.0

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	1382	Atual:	20/09/2019
Anterior:	1382	Anterior:	22/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	20/10/2019
Consumo Medido:	0	Emissão:	19/09/2019
Consumo Faturado:	50	Apresentação:	20/09/2019
MINIMO		29	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Class/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Fat	Média 12 m
RURAL	BI	TDB1713453		4.2.2.2	5
HISTÓRICO kWh		DESCRICAÇÃO DA CONTA			
Mês/ano consumo		CONSUMO	50 A R\$	0,536282 =	26,81
AGO/19	0				
JUL/19	57				
JUN/19	56				
MAI/19	57				
ABR/19	66				
MAR/19	65				
FEV/19	87				
JAN/19	64				
DEZ/18	25				
NOV/18	41				
TARIFA SEM TRIBUTOS: 2 A 50 - R\$ 0,44240					

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800707257 PARA O CASO DE VENCIMENTO EM 10/10/2019. Parabéns! Até o dia 19/09/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO AO FISCO 781A.C127.03C9.6563.A139.AA64.43EA.ADAC

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	0,00	Base de Cálculo:	26,81
Energia:	14,59	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	4,55
Encargos:	0,75	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	4,58	Valor do COFINS:	0,03

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00		0,00				0,00	
07/2019 0,00							

ROT: 412.060.12.62.016000



SEU CODIGO

0531390-2

TOTAL A PAGAR - R\$

26,81

MÊS FATURADO

09/2019

VENCIMENTO

06/10/2019

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

Nº da Nota Fiscal:

003707257 FCAH

83630000000 4 26810075000 2 00000000531 4 39020919008 0



SEQ.: 00056 UC: 0531390-2 DT. LEIT.: 20/09/2019 T. ENTR.: 01
LEITURA: 1382 MINIMO TOTAL: 26,81 CARGA: 001
DT. VENC.: 06/10/2019 IRREG.: 030 COLETOR: 3082



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4005360

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

R. CAPELLA, 882, LT 402

CIDADE SATELITE

69317492 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1040650	MÊS 11/2019	PERÍODO DE CONSUMO 14-OCT-19 a 11-NOV-19
CONSUMO (kWh) 469	VENCIMENTO 01-DEC-19	TOTAL A PAGAR R\$ 955,07

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1040650	MÊS 11/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 955,07
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836800000090.550700750007.000000001040.065011190058



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98

Pelo exposto, eu Francisca Sousa do Nascimento

inscrito (a) no CPF/CNPJ 606.934.792 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Imanol Saraiva da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 382.755.702 / 04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Permanente da Vítima Imanol Saraiva da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 382.755.702 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua: Capella, LT: 403		Número: 882	Complemento:
Bairro: Cidade Satélite	Cidade: Boa Vista	Estado: RR	CEP: 69.317-492
E-mail: franciscasnascimento@hotmail.com			Tel. (DDD): (95) 99131-1149

Local e Data: Boa Vista - RR, 05 de Dezembro de 2019


Assinatura do Declarante

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

DADOS DO ATENDIMENTO	DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE PRONTUÁRIO
	22	07	2019	12:29	

01		DADOS DO (A) PACIENTE:				REGISTRADO POR:	
NOME DO PACIENTE:		Imael Saraiva da Silva				SEXO: M (X) / F ()	
DATA NASC	Idade:	Documento de Identificação	C.P.F.	OUTROS: ()		ETNIA:	
10/06/1975	43	134072	3827554224				
Logradouro e Nº	CARTÃO DO SUS Nº (CNS):	ESTADO CIVIL:					
E. Amazonas S/N	724602112654324	Casado					
Bairro:	Município:	País (UF):	NACIONALIDADE:	DOENÇA:			
Centro	Rorainópolis	RR	Brasileiro	05.370/010/0001-00			
FILIAÇÃO	PAI	MÃE					
	Manoel Felix de Oliveira	Francineia Saraiva Lima					
02 DO ACIDENTE:							
☐ RESIDÊNCIA		☐ VIA PÚBLICA		☐ TRABALHO		☐ TRÂNSITO	
03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA:		OUTROS (DESCREVER)					
☐ TRANSPORTADO		☐ DE AMBULÂNCIA		☐ REMOVIDO		☐ OUTROS (DESCREVER)	
Outros (descrever)		CEP: 69.370-970					
		RORAINÓPOLIS - RR					

TEMP:	PESO / Kg:	P.A.	X	m.m.Hg.
05 SE ACIDENTE DO TRABALHO ESPECIFICAR:				
PROFISSÃO				
DIA	MÊS	ANO	HORA	OBSERVAÇÕES
			12:30	

07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:				
ESPECIALIDADE:				
RESUMO CLÍNICO:				
Colisão moto x carro e fratura exposta em perna (E).				
EXAME FÍSICO:				
EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):				
Rx de perna (E)				
RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):				
DIAGNÓSTICO:				
PROVAVEL: HOP: refere "arbitrário septico" em gacha e há alguns anos MIE e fratura				
DEFINITIVO:				
08 DO (A) PACIENTE:				
REMOVIDO (A) PARA:				
INTERNADO NO (A):				
TRANSFERIDO DO HOSPITAL DE SAUDE LUIZ POR RORAINÓPOLIS.				

Cópio
Antes do primeiro atendimento? () Sim () Não.
Destino: () Família () IML.

ALTA

06
08
2019

Assinatura do Paciente ou Responsável

Marília C. Chaves
Médica
CRM 10772
Carimbo e Rubrica do Médico



GUIA DE ENCAMINHAMENTO - SA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA INTEGRADA DO BRASIL"☐ ANÁLISES CLÍNICAS ☐ RADIOLOGIA ☐ OUTROS

PRONTUÁRIO N°

NOME DO PACIENTE <i>Renato Pereira do Silva</i>		DATA DE NASCIMENTO		IDENTIFICAÇÃO	
ENDEREÇO		CIDADE		UF	TELEFONE
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA <i>FX Perna (E)</i>					
ÁREA OU SEGMENTO A SER EXAMINADO					
EXAMES OU SERVIÇOS SOLICITADOS					
ASSINATURA, CRM E CARIMBO DO MEDICANTE <i>Wellington Alves de L. Junior</i> Av. São João nº 1048 - Cent. CRM/RR 1817		DATA DE EMISSÃO <i>22/02/19</i>		UNIDADE SOLICITANTE	
AUTORIZAÇÃO, QUANDO NECESSÁRIO		ENCAMINHADO PARA		ENDEREÇO	
ASSINATURA E CARIMBO				CIDADE	UF

ESTA GUIA TEM VALIDADE POR 30 (TRINTA DIAS)
A PARTIR A DATA DE SUA EMISSÃO

Confere
em original



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Arnaldo Saraiva da Silva</i>	APT* OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>22/07/2019</i>
---	---------------	------------------	---------------------------

CIRURGIA TIPO <i>Fratura exposta da tibia fibula (ortomantese)</i>		TEMPO DE DURAÇÃO INÍCIO <i>13:40</i>		FIM <i>16:20</i>	TEMPO TOTAL
--	--	--	--	---------------------	-------------

EQUIPE MÉDICA		ANESTESISTA <i>Alta Bessa</i>	
CIRURGIÃO <i>Costa</i>	1º AUXILIAR <i>Alba Regina</i>	INSTRUMENTADOR	
2º AUXILIAR		CIRCULANTE <i>Alma/Patricia</i>	
TIPO DE ANESTESIA <i>Raquiocaudal</i>			

QUANT	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	TEMPO DE DURAÇÃO	VALOR
	CATGUT SIMPLES N°			MEDICAMENTOS	
	CATGUT SIMPLES N°			calor natural	
	CATGUT SIMPLES N°			HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATGUT N°			FRASCO - SORO FISIOLÓGICO %cc	
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO	
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSADO %cc	
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			FRASCO SORO GLICOSA %cc	
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			XILOCAÍNA %cc	
	FIOS DE SEDA N°			FLAXEDIL <i>Bupivacaína + glicose</i>	
	FIOS DE ALGODÃO N°			FLUOTHANE	
	MONONYLON COM AGULHA			PENTRANE	
	MONONYLON SEM AGULHA			ENTRANE	
	UNIDADES DE GAZE			ÉTER	
	PARES DE LUVAS N° 7-5			ATROPINA	
	EQUIPOS PARA SORO			PROSTGME	
	ROLOS DE ESPALMADO			THIONEMBUTA	
	DRENOS N°			MARCAÍNA	
	SONDAS N°			TRUVAL	
	AGULHAS			GLICOSE %	
	COMPRESSAS			ÁGUA OXIGENADA	
	LÂMINAS PARA BISTURI			MERTHIOLATE	
	<i>Algodão</i>			MERCÚRIO CROMO	
	<i>Rolo de algodão P/ pino</i>			<i>FRASCO de H2O2 10% 500 ML</i>	
SOMA				SOMA	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS	FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO	SUB-TOTAL		
		TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE				



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 22.07.19

CC: _____

Conteúdo Original

05.370.016/0001-00

Nº 05

CEP: 69.370-000

BR 174 - 100 - 0

CEP: 69.370-000

RORAINÓPOLIS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

Proteção expal. Ortos
jéme. E

CIRURGIÃO: _____

1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

1) Paciente D. H. S. e. N.

2) Supra / A tempo / 1 hora / 1 hora / 1 hora

3) Encontra-se: paciente transferido do interior, vítima de acidente de alto nível, fratura cominada de Tibia com fratura incluída p. algar (com) e p. leuc. segmentar com ampla lesão em parte mola, e os m. s. b.

4) Exame físico: 19,5 kg, 1,70 m, 50,9% e. l. b. r. o. + d. a. r. : d. m. c. a. l. o. b. i. c. a. + c. a. n. t. e. o. d. e. d. a. m. e.

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Midapalan (5mg) Ketalar (50mg) (Dose 13:40h) Satinf.

Nº ASA TG.

22/10/1949.

VENOSOS		TEMP		ASPIR		RESPIR		EMBOLOS	
DA	340	DA	340	DA	340	DA	340	DA	340
X	320	X	320	X	320	X	320	X	320
LIQU	300	LIQU	300	LIQU	300	LIQU	300	LIQU	300
●	280	●	280	●	280	●	280	●	280
○	260	○	260	○	260	○	260	○	260
□	240	□	240	□	240	□	240	□	240
ASPIR	220	ASPIR	220	ASPIR	220	ASPIR	220	ASPIR	220
A	200	A	200	A	200	A	200	A	200
RESPIR	180	RESPIR	180	RESPIR	180	RESPIR	180	RESPIR	180
O	160	O	160	O	160	O	160	O	160
	140		140		140		140		140
	120		120		120		120		120
	100		100		100		100		100
	80		80		80		80		80
	60		60		60		60		60
	40		40		40		40		40
	20		20		20		20		20
Export		Export		Export		Export		Export	
Aspir		Aspir		Aspir		Aspir		Aspir	
Coron		Coron		Coron		Coron		Coron	

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. <i>Salicilato 0.5% 15mg.</i>			
B. <i>Kanulilina 50mg.</i>		<i># BSA</i>	
C. <i>Planil 2mg.</i>		<i>Nat Houe; #</i>	
D. <i>Midazolam 5+ Eng.</i>		<i># B-32 INUN;</i>	
E. <i>Glucose 50% = 11</i>			
F. <i>Acido</i>			
G. <i>Sangue</i>			
H. <i>Sangue</i>			
I. <i>Sangue</i>			
J. <i>Sangue</i>			
TOTAL <i>200ml.</i>		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO		<i>18:40 - 18:55h.</i>	
<i>Trat. Fratura exposta Perna @.</i>			Laringe - Expresso - Excesso Seco Depressão Pleurostoma - Hipoxia "Bucking" - Vômito
ANESTESIA	CODIGO	Cirurgião	Hemibraga - Antena Bras Teutante - Choque
Dr. <i>Adriana Basso</i> Médico Anestesiologista		<i>Dr. Gustavo / Dr. Alda.</i>	PERDA SANGUÍNEA <i>Constatável.</i>

Dr. ~~Anaíla Sessa~~
Médico
Anestesiologista
CRM-1265/RR

05-270.018/0001-00
ROMANOPOLIS - RE

Comptroller
Comptroller

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR: GOVERNADOR OTOMAR DE SOUZA PINTO

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

note 02

PROFICIONAIS RESPONSÁVEIS: DAVICCA

Conferența
de origină

DATA HORA

PRESCRIÇÃO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIJ:

OBSERVAÇÕES:

05.379.018/0041-00

HOSPITAL PRACTICE, 1971

GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA

$$D_1^* \mid 14 - km \quad 45.6$$

CE#: 69-10-910

INCPH:15

12

For

$\frac{R^2}{OT}$
 19.
 16.5C
 17.5C
 18.5C
 19.5C
 20.5C
 21.5C
 22.5C
 23.5C
 24.5C
 25.5C
 26.5C
 27.5C
 28.5C
 29.5C
 30.5C
 31.5C
 32.5C
 33.5C
 34.5C
 35.5C
 36.5C
 37.5C
 38.5C
 39.5C
 40.5C
 41.5C
 42.5C
 43.5C
 44.5C
 45.5C
 46.5C
 47.5C
 48.5C
 49.5C
 50.5C
 51.5C
 52.5C
 53.5C
 54.5C
 55.5C
 56.5C
 57.5C
 58.5C
 59.5C
 60.5C
 61.5C
 62.5C
 63.5C
 64.5C
 65.5C
 66.5C
 67.5C
 68.5C
 69.5C
 70.5C
 71.5C
 72.5C
 73.5C
 74.5C
 75.5C
 76.5C
 77.5C
 78.5C
 79.5C
 80.5C
 81.5C
 82.5C
 83.5C
 84.5C
 85.5C
 86.5C
 87.5C
 88.5C
 89.5C
 90.5C
 91.5C
 92.5C
 93.5C
 94.5C
 95.5C
 96.5C
 97.5C
 98.5C
 99.5C
 100.5C

⑧ Thermal 100 g up / pl.

10) Wed. 20. m.

⑪ 7. let. id. p. 212/112A

Winter 1900 and 1901

Chicago Clinico-pathological 1894.

✓



PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

QUARTO:

LEITO:

ja

Nº REGISTRADO:

NOME DO PACIENTE:

15 MAR. DA SILVA

PROFICIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA HORA:	PRESCRIÇÃO:	05.310.0161001-00 HOSPITAL RECI PARANÁ SUL GOVERNADOR LUIZ DA SILVA 30160-000	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
		Br. 174 - Km 468 CEP: 69.370-970 RORAIMA	HORÁRIO: OBSERVAÇÕES:
24/01/2011	Conferido com original		SNB
01/02/2011			Manutenção
02/02/2011			Realizar
03/02/2011			Realizar
04/02/2011			Realizar
05/02/2011			Realizar
06/02/2011			Realizar
07/02/2011			Realizar
08/02/2011			Realizar
09/02/2011			Realizar
10/02/2011			Realizar
11/02/2011			Realizar
12/02/2011			Realizar
13/02/2011			Realizar
14/02/2011			Realizar
15/02/2011			Realizar
16/02/2011			Realizar
17/02/2011			Realizar
18/02/2011			Realizar
19/02/2011			Realizar
20/02/2011			Realizar
21/02/2011			Realizar
22/02/2011			Realizar
23/02/2011			Realizar
24/02/2011			Realizar
25/02/2011			Realizar
26/02/2011			Realizar
27/02/2011			Realizar
28/02/2011			Realizar
29/02/2011			Realizar
30/02/2011			Realizar



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

QUARTO: 19

LEITO:

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

WALLACE DA SILVA

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

RELATORIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES:	
HORÁRIO:	CONFÉRIA	CONFÉRIA	CONFÉRIA
07:00	07:00	07:00	07:00
08:00	08:00	08:00	08:00
09:00	09:00	09:00	09:00
10:00	10:00	10:00	10:00
11:00	11:00	11:00	11:00
12:00	12:00	12:00	12:00
13:00	13:00	13:00	13:00
14:00	14:00	14:00	14:00
15:00	15:00	15:00	15:00
16:00	16:00	16:00	16:00
17:00	17:00	17:00	17:00
18:00	18:00	18:00	18:00
19:00	19:00	19:00	19:00
20:00	20:00	20:00	20:00
21:00	21:00	21:00	21:00
22:00	22:00	22:00	22:00
23:00	23:00	23:00	23:00
24:00	24:00	24:00	24:00
25:00	25:00	25:00	25:00
26:00	26:00	26:00	26:00
27:00	27:00	27:00	27:00
28:00	28:00	28:00	28:00
29:00	29:00	29:00	29:00
30:00	30:00	30:00	30:00
31:00	31:00	31:00	31:00
32:00	32:00	32:00	32:00
33:00	33:00	33:00	33:00
34:00	34:00	34:00	34:00
35:00	35:00	35:00	35:00
36:00	36:00	36:00	36:00
37:00	37:00	37:00	37:00
38:00	38:00	38:00	38:00
39:00	39:00	39:00	39:00
40:00	40:00	40:00	40:00
41:00	41:00	41:00	41:00
42:00	42:00	42:00	42:00
43:00	43:00	43:00	43:00
44:00	44:00	44:00	44:00
45:00	45:00	45:00	45:00
46:00	46:00	46:00	46:00
47:00	47:00	47:00	47:00
48:00	48:00	48:00	48:00
49:00	49:00	49:00	49:00
50:00	50:00	50:00	50:00
51:00	51:00	51:00	51:00
52:00	52:00	52:00	52:00
53:00	53:00	53:00	53:00
54:00	54:00	54:00	54:00
55:00	55:00	55:00	55:00
56:00	56:00	56:00	56:00
57:00	57:00	57:00	57:00
58:00	58:00	58:00	58:00
59:00	59:00	59:00	59:00
60:00	60:00	60:00	60:00
61:00	61:00	61:00	61:00
62:00	62:00	62:00	62:00
63:00	63:00	63:00	63:00
64:00	64:00	64:00	64:00
65:00	65:00	65:00	65:00
66:00	66:00	66:00	66:00
67:00	67:00	67:00	67:00
68:00	68:00	68:00	68:00
69:00	69:00	69:00	69:00
70:00	70:00	70:00	70:00
71:00	71:00	71:00	71:00
72:00	72:00	72:00	72:00
73:00	73:00	73:00	73:00
74:00	74:00	74:00	74:00
75:00	75:00	75:00	75:00
76:00	76:00	76:00	76:00
77:00	77:00	77:00	77:00
78:00	78:00	78:00	78:00
79:00	79:00	79:00	79:00
80:00	80:00	80:00	80:00
81:00	81:00	81:00	81:00
82:00	82:00	82:00	82:00
83:00	83:00	83:00	83:00
84:00	84:00	84:00	84:00
85:00	85:00	85:00	85:00
86:00	86:00	86:00	86:00
87:00	87:00	87:00	87:00
88:00	88:00	88:00	88:00
89:00	89:00	89:00	89:00
90:00	90:00	90:00	90:00
91:00	91:00	91:00	91:00
92:00	92:00	92:00	92:00
93:00	93:00	93:00	93:00
94:00	94:00	94:00	94:00
95:00	95:00	95:00	95:00
96:00	96:00	96:00	96:00
97:00	97:00	97:00	97:00
98:00	98:00	98:00	98:00
99:00	99:00	99:00	99:00
100:00	100:00	100:00	100:00

Gustavo F. Machado
Ortopedista
CRM-RR 1258

Verso, 14/06/2014



PRESCRIÇÃO DIÁRIA

HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

LIETO:

Nº REGISTRO:

ISMAEL DA SILVA

PROFICIONAIS RESPONSÁVEIS:

PRESCRIÇÃO:

RELATORIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO:	OBSERVAÇÕES:
----------	--------------

Edith Burr

Casey

② SiO_2 500 ml and 250 ml

(4) cell phone 11 in #181

⑤ Melanom. 2500-5000

[illegible]

Ent-30M FIRM 4550

⑧	21.0000	11/11	11/11
⑨	21.0000	11/11	11/11

[illegible]

Ortopedia CRM 1000	Conferência
--	-----------------------------

10. 1258
of the original

To Director/CCO/Commissioner, D.

Condole m. P. P. P.

111



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

VALER DA SILVA

PROFICIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA, HORA:

PRESCRIÇÃO:

RELATORIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO:

OBSERVAÇÕES:

Dr. El. Lino

28/05/2008 8:00 PM

29/05/2008 14:12

30/05/2008 14:12

31/05/2008 14:12

01/06/2008 14:12

02/06/2008 14:12

03/06/2008 14:12

04/06/2008 14:12

05/06/2008 14:12

06/06/2008 14:12

07/06/2008 14:12

08/06/2008 14:12

Dr. Gustavo Furtado
Ortopedia
CRM RR 1266

Compre
sem original

hora

T.

P.

R.

FA

18

36

72

24

110

43

56

96

24

110

24

36

72

22

110

06

36

72

20

110



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

PROFICIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

RELATORIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO: OBSERVAÇÕES:

Dieta livre

até 9500 ml de líquidos

Deposito de 2 - 6164

T. de 1.800 x 121124

Complementação de 2 - 121124

culve of Pulmonar.

service de

afixação de 121124

afixação de 121124

afixação de 121124

afixação de 121124

afixação de 121124

afixação de 121124

T	P	R	PA
12	100	80	100
18	36.5	110	22
24	36	90	20
06	36.7	112	20



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

PROFICIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

RELATORIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO: OBSERVAÇÕES:

SUB

84 x 21

14 22 05

14 03 21

14 03 21

14 03 21

med. de monitor

SW

Realizar!

Diagnóstico hospitalar: paciente com hipertensão arterial de alta intensidade, paciente com hipertensão arterial de alta intensidade, paciente com hipertensão arterial de alta intensidade.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

QUARTO:

LEITO:

219

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

ISMAEL SARAIVA

PROFICIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

RELATORIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO:

OBSERVAÇÕES:

1) Dieta livre.

2) SFO, 9.500ml ex 8/8h.

3) Ceftriaxona 1g ex 12/12h.

4) D.p.prazona 2ml ex 6/6h.

5) Curodi 20 ex 2x1dia com F.p.p.v.i.s.p.

6) Vitamine C 1 em 1x1dia

7) S.V.V. + C.C.C.D.

Conteúdo
com original.

PA: 110x90

T: 36°C

05.370.016/0001-00

HOSPITAL REGIONAL SUL

GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

Br. 174 - Km 468

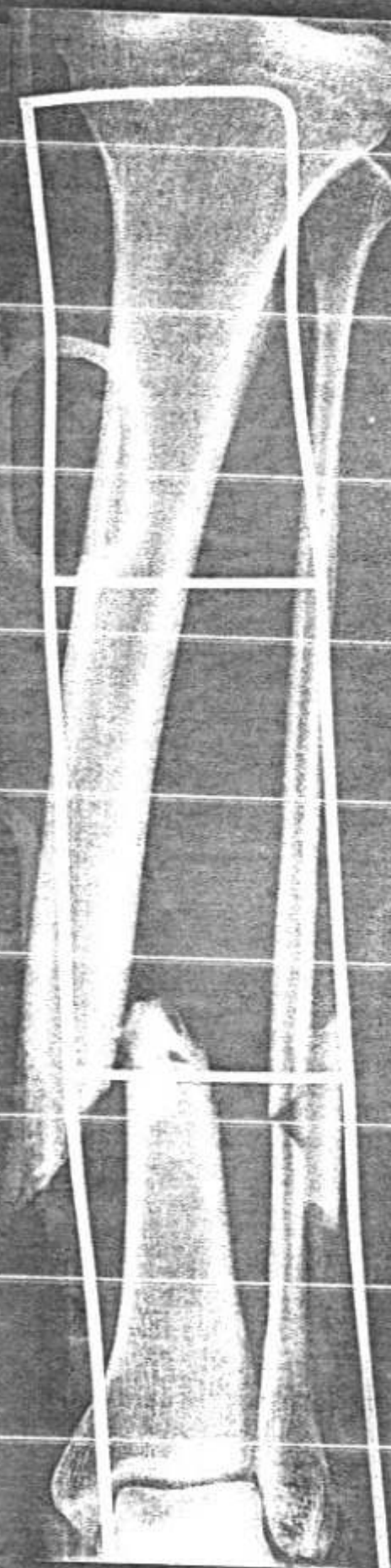
CEP: 69.370-970

BOA VISTA

RR

F.O. Limpa WCC 10m
cinzas infuso em 1x1dia
de macaxeira

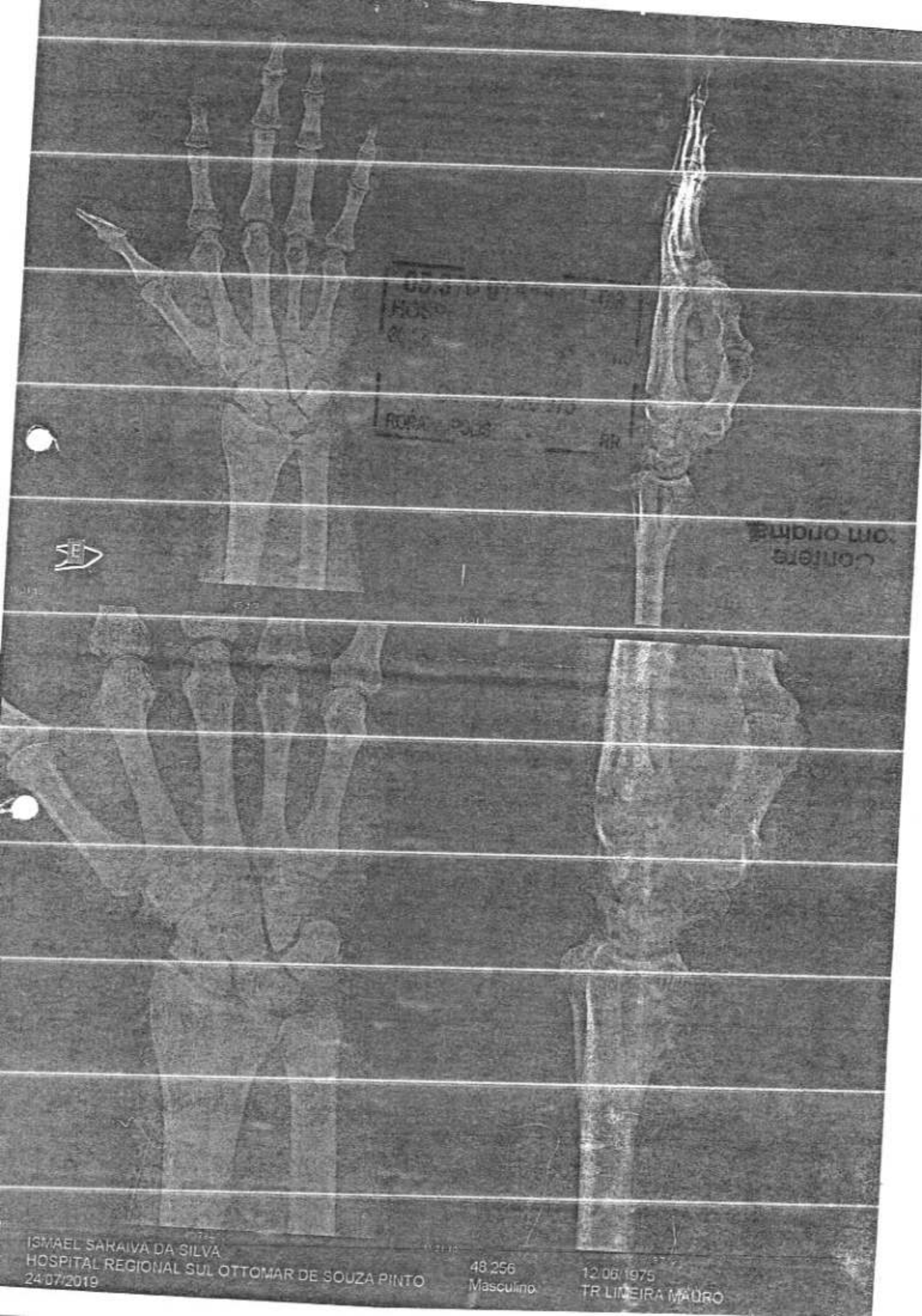
E



Conte
S. M. G. R. G.

10-10-2019
H. R. P.

10-10-2019
H. R. P.



ISMAEL SARAIVA DA SILVA
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
24/07/2019

48 256
Masculino

12/06/1975
TR LINDEIRA MAURO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME: ISABELLA SARAIVA DA SILVA

Paciente em acompanhamento
ortopedico devido fratura exposta
tibia e fêmur D. Aguardando
avaliação pelo serviço plast. c.
to por bo para avaliar
se precisa de cirurgia

26/08/19

Secretaria de Estado da Saúde/ SESAU
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
Rod. Br 174, nº 1500, Jardim Tropical - CEP 69.373-000 - Rorainópolis - Roraima - Brasil
Fone (0xx95) 3238-2362 E-mail: hospitaldosulrorainopolis@hotmail.com



CARTÓRIO

tabreainopolis@gmail.com
Av Drª Rondon, s/n - Centro - Rorainópolis - RR | Cep 69.373-000

55 95 3238 2068

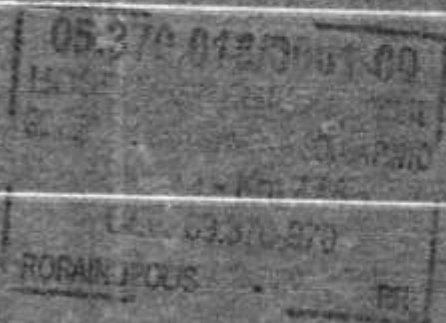
AUTENTICAÇÃO

Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado. O
referido é verdade e dou fe.
Emolumentos: R\$ 3,10 + selo: R\$ 0,00 - Total: R\$ 3,10.
Rorainópolis - RR, 26 de agosto de 2019.

Inês Maria Maria Maraschin - Registradora

VALDO SOARES SEN ENFERMEIRO DE RORAIMA

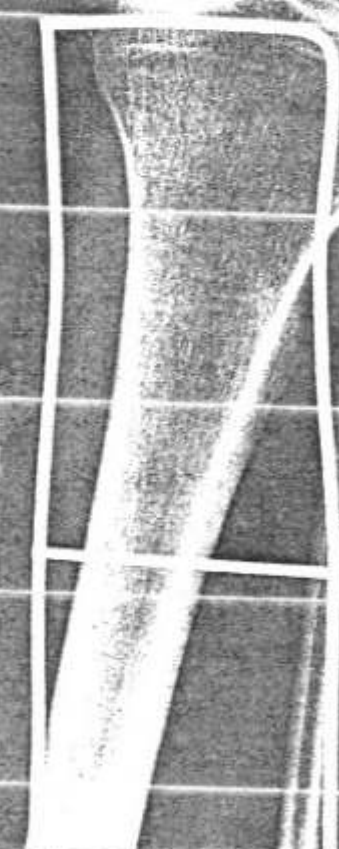
ORIGINAL



E

05.3.018
HOS
CZP. 69.370-870
RORAINOPOLIS
RR

Confere
M. S. S.



Resultado de Exames/Hemograma

Hematimetria		Homens	Mulheres	Coagulograma
Hemoglobina	10.3 g/dl	12 a 17 g/dl	12 a 15 g/dl	T. de Sangria: m s
Hematócrito	33.9 %	42 a 52 %	38 a 49 %	T. de Coagulação: m s
Leucometria	7.400 u/l	4.500 a 10.000 u/l		Plaquetas: u/l
Neutrófilos		OBS: Série Vermelha:		T. de Protombina: segundos
Promielócitos				Atividades %
Mielócitos		OBS: Série Branca		RNI:
Metamielócitos	%			TTPA: segundos
Bastonetes	%	00 a 02 %		
Segmentados	64 %	40 a 70 %		VHS:
Eosinófilos	03 %	00 a 05 %		1° HORA: mm
Basófilos	%	00 a 01 %		2° HORA: mm
Linfócitos	30 %	20 a 40 %		Grupo sanguíneo:
Monócitos	03 %	01 a 07 %		F.RH:
Plaquetas	322.000 u/l	150.000 a 350.000 u/l		

Nº1 - Bioquímico (a) Responsável

FÍSICA		URINÁLISES	
		QUÍMICA	SEDIMENTO
Volume	ml	PH:	Células:
Cor:		Glicose:	Leucócitos:
Densidade:		Corpo Cetônicos:	Hemácias:
Aspecto:		Hemoglobina:	Cilindros:
Depósito:		Proteína:	Cristais:
Cheiro:		Bilirrubina:	Bactérias:
		Urubilinogênio:	Muco:
		Nitritos:	Outros:
		Leucócitos:	

Nº2 - Bioquímico (a) Responsável

BIOQUÍMICA			IMUNOLOGIA	
Glicose	mg/dl	69 - 99 mg/dl	PCR	
Colesterol	mg/dl	150 - 200 mg/dl	Látex	
Triglicérides	mg/dl	40 - 140 mg/dl	Aslo	
Uréia	mg/dl	14 - 40 mg/dl	VDRL	
Creatina	mg/dl	0,4 - 1,3 mg/dl	BHtg	
Prot. Totais	mg/dl	6,0 - 8,5 mg/dl	Troponina	
Ácido Úrico	mg/dl	H 2,5 - 7, m 1,6 - 6,0	Hbsag	
Bilirrubina total	mg/dl	0,1 a 1,2 mg/dl	Lote	Val:
Bilirrubina Direita	mg/dl	0,1 a 0,4 mg/dl	HCV	
Bilirrubina Indireta	mg/dl	0,1 a 0,3 mg/dl	Lote	Val:
GP:	u/l	5 - 38 U/L	HIV	
GO:	u/l	11 - 39 U/L	Lote	Val:

Nº3 - Bioquímico (a) Responsável

BIOQUÍMICA			IMUNOLOGIA	
Amilase	U/dl	<90 U/dl	LDE < 130	
Albumina	g/dl	3,5 - 5,5 g/dl	VLDL	
Albúmina	g/dl	2-15 U/l	HDL M > 55	
Albúmina	g/dl	0-24 U/l	F > 65	
Albúmina	g/dl	20-169 U/l		
Albúmina	g/dl	M 12 a 45 u/l F 8 a 35 u/l		
Albúmina	g/dl	Adultos 27-100/Crianças 75-390		

Nº4 - Bioquímico (a) Responsável

UNIDADE: HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO

NOME: Ismar da Silva

IDADE: 20

Nº DE REGISTRO: 2019 10

SOLICITANTE: Gustavo

DATA: 23/10/2019

CEP: 69.370-970

RORAINÓPOLIS

RR

mape

LABORATÓRIO MAPE

Endereço: Av. Dr. Vandara, 3230 - Centro RR

Rorainópolis Cep: 69.373-000

Telefone: (95) 3238-1203 / (95) 8118-9585 (vivo)

Paciente : ISMAEL SARAIVA DA SILVA

Idade : 44 Anos 4 Meses 11 Dias

Convênio : PARTICULAR

Médico(a): MAINNE SANTOS AMARAL

RG/CPF : 134072

Protocolo : 0003246

Sexo : M

Cadastro : 23/07/2019

Emissão : 23/07/2019

HEMOGRAMA COMPLETO

Método: Automático

Amostra: EDTA

SÉRIE VERMELHO

Hemácias	3,51	milhões/mm ³
Hemoglobina	10,4	g/dl
hematocrito	31,3	%
V.C.M	89,17	pg
H.C.M	29,63	um ³
C.H.C.M	33,23	g/dl
R.D.W	11,7	%

De 13 a 18 anos

Valores de referência

4,1 - 5,3	milhões/mm ³
12,0 - 16,0	g/dl
36,0 - 48,0	%
78 - 98	um ³
25 - 35	pg
31 - 36	g/dl
11,5 - 15,0	%

SÉRIE BRANCA

Leucócitos 6.600 /mm³

Mielócitos	00	%	0	/mm ³
Metamielócitos	00	%	0	/mm ³
Bastonetes	00	%	0	/mm ³
Segmentados	75	%	4.950	/mm ³
Eosinófilos	01	%	66	/mm ³
Basófilos	00	%	0	/mm ³
Linfócitos	23	%	1.518	/mm ³
Monócitos	01	%	66	/mm ³

3.500 - 10.000 /mm³

%	/mm ³
0 - 0	0 - 0
0 - 0	0 - 0
0 - 5	Até 390
40 - 78	1.700 - 7.800
1 - 5	20 - 500
0 - 2	0 - 200
20 - 50	1.000 - 4.500
2 - 10	100 - 1.000

SÉRIE DE PLAQUETAS

Plaquetas 167.000 /mm³

150.000 /mm³ a 450.000 /mm³

Confere
com original

Dr. Saimon Patrick da Costa Freitas
Biotecnólogo
CRF/RR 240

Os resultados dos exames de laboratório sofrem influência de estado fisiológico, patológico e uso de medicação.
Somente seu médico tem condições de analisar corretamente este resultado.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO

FICHA DE ACOMPANHANTE DE INTERNOS

*NOME DO PACIENTE: Ismael Saraiva

DATA DA INTERNAÇÃO: / /

*DATA DE NASCIMENTO DO PACIENTE: / / IDADE:

*NATURALIDADE: *NACIONALIDADE:

*ENDEREÇO:

CIDADE QUE RESIDE:

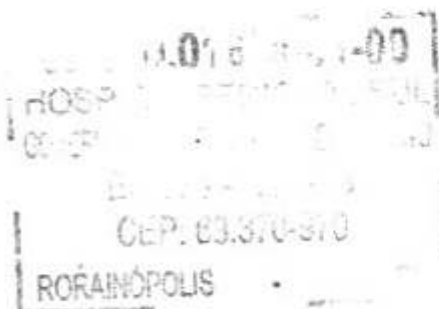
*NOME DA MÃE:

*NOME DO
ACOMPANHANTE:

*GRAU DE
PARENTESCO: esposa

ONDE ESTIVER COM O (*) SÃO CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

entrega
original





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data:

01/08/2016

O.S.

Ismael Souza

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO:

P.O. de falha com defeito

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Reparo - substituição de peças defeituosas

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Dr. Eduardo

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRURGICO

Relat. em 01/08/2016
Ocorr. de falha com defeito
Ocorr. de falha com defeito
Ocorr. de falha com defeito
Ocorr. de falha com defeito

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOV. DO ESTADO DE RORAIMA
B.R. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS
RR

Conferido
com original

Dr. Eduardo de C. Guerra
Ortopedia / Trauma - Acupuntura

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO										Nº			
<i>Francisco Sampaio da Silva</i>													
AGENTES	N 20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
	05	<i>Amor</i>											
		<i>B.S.A.P.</i>											
		<i>Nervoso por cirurgia L4/5 M.I.E.</i>											
VENOSOS													
DA	°C	340											
X	38	320											
UL30	38	200											
ANTR	34	180											
X	32	160											
OP	30	140											
O		120											
TEMP		100											
ASPIR.		80											
RESP		60											
O		40											
		20											
<i>Expost</i>													
<i>Asist</i>													
<i>Contro</i>													
SÍMBOLOS													
ADJETOS	DOSES		TÉCNICA		ANOTAÇÕES								
A	<i>15-30</i>		<i>1. Indução</i>										
E	<i>15-30</i>		<i>2. 27 sent.</i>										
C	<i>15-30</i>												
H													
E													
F													
O													
GLUCOSE	LIQUIDOS	<i>500</i>	Cérebro - Nervos / Org. Frágeis										
MEIO		<i>500</i>	Náusea / Vômitos - Cefaleia										
SANGUE		<i>500</i>	Sed - Tensão - Coluna do Tórax										
			Dificuldade Técnica										
			TEMPO DE ANESTESIA										
TOTAL													
OPERAÇÃO					<i>1. 15-30 M.I.E.</i>								
					<i>2. 15-30</i>								
					<i>3. 15-30</i>								
					<i>4. 15-30</i>								
					<i>5. 15-30</i>								
					<i>6. 15-30</i>								
					<i>7. 15-30</i>								
					<i>8. 15-30</i>								
					<i>9. 15-30</i>								
					<i>10. 15-30</i>								
					<i>11. 15-30</i>								
					<i>12. 15-30</i>								
					<i>13. 15-30</i>								
					<i>14. 15-30</i>								
					<i>15. 15-30</i>								
					<i>16. 15-30</i>								
					<i>17. 15-30</i>								
					<i>18. 15-30</i>								
					<i>19. 15-30</i>								
					<i>20. 15-30</i>								
					<i>21. 15-30</i>								
					<i>22. 15-30</i>								
					<i>23. 15-30</i>								
					<i>24. 15-30</i>								
					<i>25. 15-30</i>								
					<i>26. 15-30</i>								
					<i>27. 15-30</i>								
					<i>28. 15-30</i>								
					<i>29. 15-30</i>								
					<i>30. 15-30</i>								
					<i>31. 15-30</i>								
					<i>32. 15-30</i>								
					<i>33. 15-30</i>								
					<i>34. 15-30</i>								
					<i>35. 15-30</i>								
					<i>36. 15-30</i>								
					<i>37. 15-30</i>								
					<i>38. 15-30</i>								
					<i>39. 15-30</i>								
					<i>40. 15-30</i>								
					<i>41. 15-30</i>								
					<i>42. 15-30</i>								
					<i>43. 15-30</i>								
					<i>44. 15-30</i>								
					<i>45. 15-30</i>								
					<i>46. 15-30</i>								
					<i>47. 15-30</i>								
					<i>48. 15-30</i>								
					<i>49. 15-30</i>								
					<i>50. 15-30</i>								
					<i>51. 15-30</i>								
					<i>52. 15-30</i>								
					<i>53. 15-30</i>								
					<i>54. 15-30</i>								
					<i>55. 15-30</i>								
					<i>56. 15-30</i>								
					<i>57. 15-30</i>								
					<i>58. 15-30</i>								
					<i>59. 15-30</i>								
					<i>60. 15-30</i>								
					<i>61. 15-30</i>								
					<i>62. 15-30</i>								
					<i>63. 15-30</i>								
					<i>64. 15-30</i>								
					<i>65. 15-30</i>								
					<i>66. 15-30</i>								
					<i>67. 15-30</i>								
					<i>68. 15-30</i>								
					<i>69. 15-30</i>								
					<i>70. 15-30</i>								
					<i>71. 15-30</i>								
					<i>72. 15-30</i>								
					<i>73. 15-30</i>								
					<i>74. 15-30</i>								
					<i>75. 15-30</i>								
					<i>76. 15-30</i>								
					<i>77. 15-30</i>								
					<i>78. 15-30</i>								
					<i>79. 15-30</i>								
					<i>80. 15-30</i>								
					<i>81. 15-30</i>								
					<i>82. 15-30</i>								
					<i>83. 15-30</i>								
					<i>84. 15-30</i>								
					<i>85. 15-30</i>								
					<i>86. 15-30</i>								
					<i>87. 15-30</i>								
					<i>88. 15-30</i>								
					<i>89. 15-30</i>								
					<i>90. 15-30</i>								
					<i>91. 15-30</i>								
					<i>92. 15-30</i>								
					<i>93. 15-30</i>								
					<i>94. 15-30</i>								
					<i>95. 15-30</i>								
					<i>96. 15-30</i>								
					<i>97. 15-30</i>								
					<i>98. 15-30</i>								
					<i>99. 15-30</i>								
					<i>100. 15-30</i>								

Rafael Acendo
Anestesiologista
CRM-RR 538



Conteúdo

RORAIMA

RR



GOVERNO DO ESTADO DE PARÁIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE

APT* OU LEITO

Nº DO PRONTUÁRIO

DATA

CIRURGIA

TIPO

TEMPO DE DURAÇÃO

INÍCIO

FIM

TEMPO TOTAL

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO

ANESTESISTA

1º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR

2º AUXILIAR

CIRCULANTE

TIPO DE ANESTESIA

QUANT. MATERIAIS VALOR QUANTID. TEMPO DE DURAÇÃO

MEDICAMENTOS

VALOR

CATGUT SIMPLES N°

CATGUT SIMPLES N°

CATGUT SIMPLES N°

CATGUT N°

CATGUT CROMADO N°

CATGUT CROMADO N°

CATGUT ATRAUMÁTICO RETO

CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO

FIOS DE SEDA N°

FIOS DE ALGODÃO N°

MONONYLON COM AGULHA

MONONYLON SEM AGULHA

UNIDADES DE GAZE

PARES DE LUVAS N° 25/80

EQUIPOS PARA SORO

MULUS DE ESPALMADO

DRENOS N°

SONDAS N°

AGULHAS

COMPRESSAS

LÂMINAS PARA BISTURI 24

HORAS DE OXIGÊNIO

FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc

FRASCO SORO

FRASCO SORO GLICOSADO %cc

FRASCO SORO GLICOSA %cc

XILOCAÍNA %cc

FLAXEDIL

FLUOTHANE

PENTRANE

ENTRANE

ÉTER

ATROPINA

PROSTGMIN

THIONEMBUTA

MARCAÍNA + glicose

INUVAL

GLICOSE - %

ÁGUA OXIGENADA

MERTHIOLATE

MERCÚRIO CROMO

05.370.016/0001-9

05.370.016/0001-9

05.370.016/0001-9

05.370.016/0001-9

05.370.016/0001-9

05.370.016/0001-9

05.370.016/0001-9

05.370.016/0001-9

05.370.016/0001-9

05.370.016/0001-9

05.370.016/0001-9

05.370.016/0001-9

05.370.016/0001-9

05.370.016/0001-9

05.370.016/0001-9

05.370.016/0001-9

05.370.016/0001-9

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

DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE

VALOR

MATERIAL
MEDICAMENTOS

SUB-TOTAL

TAXA DE SALA
TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE

ATENÇÃO ESCRIBA NO VERSO SE NECESSÁRIO

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL**

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

ISABEL DA SILVA

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RAÇA / COR

9 - NOME DA MÃE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO 39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

Problema musculoesquelético?
Lesão degenerativa crônica?

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DE NASCIMENTO

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DO DOCUMENTO (INSERIR Nº DO PROFISSIONAL DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

46 - Nº DO DOCUMENTO (INSERIR Nº DO PROFISSIONAL DO CONSELHO)

Dr. Gustavo Furtado
Ortopedia
CRM RR 1258

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - Cód. Órgão Emissor

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DO DOCUMENTO (INSERIR Nº DO PROFISSIONAL DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

54 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

55 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

56 - CNES

Conte
com original



GOVERNCO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

General Sampaio

05.370.016

Conteúdo original

PROFICIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA HORA

PRESCRIÇÃO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO: OBSERVAÇÕES:

02/08/2019 01:00h até 06:00h SUS

02:00h até 06:00h SUS

03:00h até 06:00h SUS

04:00h até 06:00h SUS

05:00h até 06:00h SUS

06:00h

Dr. General Sampaio 01:00h

Dr. Beto 02:00h

Dr. Carlos Sampaio 03:00h

Dr. Carlos Sampaio 04:00h

Dr. Carlos Sampaio 05:00h

Dr. Carlos Sampaio 06:00h

07/09/2019 Grande Lake C 19

- 1) Prod. Lira
- 2) Super Bar Barone
- 3) Colthman 103 (R) 12/12
- 4) Dupon 20000 C/165 Site
- 5) Tancras 13, 01/08 12/12
- 6) Santos 01/08 a 1/08 29
- 7) C/16

25/11/2019
 25/11/2019
 25/11/2019

25/11/2019
 25/11/2019

25/11/2019

05.370.016/0601-00
 HOSPITAL
 ROFAINÓPOLIS

Confere

Carlos Eduardo de C. Guerra
 Especialista Trauma-Ortopedia
 CRM-RS 988

Paulo
 Carlos Eduardo de C. Guerra
 Especialista Trauma-Ortopedia
 CRM-RS 988

Tora	T.	P.	R.	PA
12	3670	93	19	130x80
18	3680	93	19	130x80
24	3690	93	19	130x80
30	3700	93	19	130x80

03/09/2019

1) Dado Lado

2) Siga o EDP

3) Captação 10.000

4) Tensão 20,00

5) Curva de C. Guerra

0016

10.000

20,00

Dr. Ené Jane Nogueira
Obstétrica
COREN 67658 RR

Carlos Eduardo de C. Guerra
Ortopedia / Trauma - Acupuntura
CRM-RR 559

Carlos Ricardo de C. Guerra
Ortopedia / Trauma - Acupuntura
CRM-RR 559

Recibido
em 10/09/2019
em 10/09/2019

05210.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
R. SENE GARCIA DE SOUSA PINTO
BR 174 - Km 468
CEP: 69.370-370
RORAIMA - RR

Confere
com original

hora	T.	P.	R.	PA
12	35,6	68	19	120 x 80
15	36,0	71	20	120 x 80
21	36,0	70	18	110 x 70
00	36,0	70	20	120 x 70

Ch. 19/199

David Lewis

L19

De Lute

5000

Stephanie

10/10/10

William

12/24

Temerian

12/10/10

Phon

(50)

Conto

11/10

East

Carly

Not available

3. 10/10/10

Confere
som original

12/24

Centro de Estudios de C. Guerra
Cursos, Exámenes, Acciones
Diversas, etc.

10/10/10

10/10/10

T.	P.	R.	PA
3620	100	19	140x90
360	87	19	140x70

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013161018000
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 01 CDS RENAVAM: 010278222 RALTRC: 2019

NOME: ISRAEL SANTANA DA SILVA

CPF / CNPJ: 082.737.712-04 PLACA: RR-3219

PLACA ANT / UF: 2443-4332018739 CHASSI: 2443-4332018739

ESPECIE TIPO: PAS COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: YAMAHA Y12 LUSVE ANO FAB: 2019 ANO MOD: 2019

CAP / POT / OIL: 2420-44-1 CATEGORIA: PARTICU DOB PREDOMINANTE: 1651A

COTA ÚNICA: 2420-44-1 VENC. COTA ÚNICA: 2420-44-1 VENC. / COTAS: 1º

FAXA LPVA: 2420-44-1 PARCELAMENTO / COTAS: 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 10708,00 IOF (R\$): 10708,00 PRÊMIO TOTAL (R\$): 10708,00 DATA DE PAGAMENTO: 10/08/2019

OBSERVAÇÕES: ALIQUOTA DE 10% SOBRE O VALOR DO PRÊMIO

100 Gomes Brasil
Diretor Presidente Interno
DETRAN-RR

DATA: 12/08/2019

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

RR Nº 013161018000 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 10/08/2019

VIA: 01 CDS RENAVAM: 010278222 PLACA: RR-3219

RENAVAM: 010278222 MARCA / MODELO: YAMAHA Y12 LUSVE

ANO FAB: 2019 ANO MOD: 2019

CHASSI: 2443-4332018739

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): 10708,00 DETRAN (R\$): 10708,00 CUSTO DO SEGURO (R\$): 10708,00

CUSTO DO BILHETE (R\$): 10708,00 IOF (R\$): 10708,00 TOTAL BILHETE SEGURO (R\$): 10708,00

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 10/08/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.242.606/0001-04

CONTINUA



DATA DE NASC: 12/06/1975
RG: 179072 UF: RR
CPF: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
SUS: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE REGISTRO
22	07	19	11	07

01 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Ismael Pereira da Silva Idade: 44 Sexo: M

Rua/Avenida: Rua Jangor Nº: 512 Complemento:

Bairro: União Município: União Estado: RR Telefone:

Filiação: Pai: Ismael Pereira da Silva Mãe: Ismael Pereira da Silva

02 DO ACIDENTE

☐ RESIDÊNCIA ☒ VIA PÚBLICA ☐ TRABALHO ☐ TRÂNSITO

03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA

☐ TRANSPORTADO ☒ DE AMBULÂNCIA ☐ REMOVIDO

04 TIPO DE ACIDENTE

☒ TRAUMÁTICO ☐ QUEIMADURA ☐ ENVENENAMENTO ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ OUTROS (DESCREVER)

05 SE ACIDENTE DE TRABALHO: ESPECIFICAR

PROFISSÃO:

DIA: MÊS: ANO: HORA:

CARTÓRIO DE SÃO LUIZ - RR

Endereço: Bulvaria, s/n, Centro, São Luiz - RR, CEP 69.000-000 - Telefones: (68) 3527-1796

AUTENTICAÇÃO 006870

Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado, referido é verdade e dou fé. São Luiz - RR, 13 de agosto de 2019.

JEOVANE OLIVEIRA ALVES

06 DOENÇA OCUPACIONAL

☐ SIM ☐ NÃO ☐ QUAL (ESPECIFICAR):

07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

ESPECIALIDADE:

RESUMO CLÍNICO: Tratado pelo SAMU com sucesso. Não há necessidade de internação.

EXAME FÍSICO: Exame físico normal. Não há necessidade de internação.

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO): Exames complementares solicitados. Resultado no verso.

RESULTADOS DE OUTRA UNIDADE (RESULTADO NO VERSO):

DIAGNÓSTICO

PROVAVEL: fratura exposta perna (R) DEFINITIVO:

08 DESTINO DO PACIENTE

REMOVIDO PARA: União

INTERNADO NO(A):

☐ ALTA ☐ RESIDÊNCIA COM ORIENTAÇÃO ☐ SE AFATADO POR ACIDENTE DO TRABALHO, QUANTOS DIAS?

DATA: 22/07/19 RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Ismael Pereira da Silva CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO: Wellington Alves de L. Junior

Wellington Alves de L. Junior
Av. São João nº 1048 - L
CRM/RR 1817



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DE POLICIAMENTO DO INTERIOR
3ª COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLÍCIA MILITAR



PMRR RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL – ROP

Nº SL 220719

DATA	UNIDADE	LOCAL	VTR	KILOMETRAGEM		HORÁRIO		CÓDIGOS		
				Inicial	Final	Inicial	Final	Ocorrência	Providência	S. Prestados
22/07/2019	6ª CIPM	São Luiz	515	-	-	10:50	11:30	1001;1003	13023/13999	

LOCAL DA OCORRÊNCIA

End.	AV MACAPÁ	Nº	314	Bairro	Centro	Ref.	EM FRENTE AO HOSPITAL
------	-----------	----	-----	--------	--------	------	-----------------------

PESSOAS RELACIONADAS

VÍTIMA		ISMAEL SARAIVA DA SILVA									
1	End	RUA AMAZONAS	Nº	SW	Bairro	CENTRO	Cidade	CAROEBE	UF	RR	
	Profissão	AGRICULTOR	RG	134072	SSP	RR	CPF		CNH	0332086757	
TESTEMUNHA		OZEAS FELIX SCARAMUZZA									
2	End	BR 210 KM 74,5	Nº	SW	Bairro	ZONA RURAL	Cidade	CAROEBE	UF	RR	
	Profissão	AGRICULTOR	RG	264661	SSP	RR	CPF		CNH	04143312753	

ARMAS, OBJETOS E VALORES RELACIONADOS

Nada digno de registro;

RELATÓRIO

Senhor Delegado, fomos acionados por populares que nos informaram a ocorrência de acidente de trânsito. Ao chegarmos ao local, o item 1 já havia sido socorrido pelo SAMU e levado ao Hospital, já outro envolvido, evadiu-se do local. Segundo relatos de populares que estiveram no local, o item 1 seguia sentido São Luiz/Vila Moderna e o outro envolvido, vinha no sentido contrário quando este dobrou subitamente para esquerda, momento no qual, devido falta de prudência, colidiu na motocicleta, uma YAMAHA XTZ, 125 XE, PRETA, PLACA: NBA3298, de posse do item 1. Fato esse que ocasionou no item 1, fratura exposta na perna esquerda e escoriações no braço esquerdo. O outro veículo segundo relatos é uma MONTANA PRATA e o motorista um senhor branco, gordo, cabelo branco, trajava camiseta curta de cor azul, bermuda, boné e óculos. Segundo os populares, é um vendedor de verduras que não mora neste município. Ninguém soube informar a placa do veículo Montana, tampouco o nome do motorista. fizemos rondas no município em busca do veículo mas nada encontramos. A motocicleta do item 1 foi entregue ao seu sobrinho item 2 no local da ocorrência. Informo que os danos ocorridos aos veículos envolvidos foram:

A motocicleta teve o guidão entortado, para-lama dianteiro quebrado, tanque furado e carenagens danificadas
O automóvel ficou com o para-choque dianteiro quebrado (segundo os populares).

Era o que tinha a relatar, encaminho este ROP para conhecimento e providências.

RELATOR

Posto/Grad	Nome Completo	Matricula	Lotação	Assinatura
AL SGT	JOZILENA NASCIMENTO DE SOUZA	47001197	1º PEL/6ª CIPM	

RECEBIMENTO

Data	Nome Completo	Matricula	Função	Assinatura
22/07/2019	GILMAR DE OLIVEIRA LIMA	050035478	APC	

BALIZA RR: 21:2019

Cor-Fone com original

JOZILENA NASCIMENTO DE SOUZA
AL SGT PM
Mat: 47001197



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LUIZ DO ANAUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU192 / SÃO LUIZ DO ANAUÁ



FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade: BS1 Equipe: Dr. Manoel Led. Valcimar
Paciente: Ismael Saraiva da Silva Idade: 44 Sexo: M
Endereço: BR 210

Nº _____ DATA 22/11/2019 HORA SAÍDA: 10:49
Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM: _____ HORA CHEGADA: _____
MOTIVO: ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ OUTRO

AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLENCIA		OUTROS								
☐ Capotamento	☐ Atropelamento	☐ Colisão	☐ Uso do cinto	☐ Vítila projetada	☐ Vítila encarcerada	☐ Air Bag	☐ FAF	☐ Espancimento	☐ Violência Doméstica	☐ Violência Sexual	☐ Tentativa de suicídio	☐ Ac. De Trabalho	☐ Local	☐ Trajeto
☐ Motorista	☐ Passageiro Banco dianteiro	☐ Passageiro Banco traseiro	☐ Acidente com moto X <u>Carro</u>	☐ Condutor	☐ Carona	☐ Com capacete	☐ Sem capacete	☐ Biciotele	☐ Condutor	☐ Passageiro	☐ Queda, Altura aprox.:	☐ Acidente Doméstico	☐ Queimadura Agente	☐ Agressão p/ animal

Visa Aérea		Ventilação		Circulação		Aval. Neurológica																			
☐ Dispneia	☐ Bradipneia	☐ Taquipneia	☐ Resp. Ruidosa	☐ Obstruída	☐ Apneia	☐ Outro:	☐ M.V. Diminuído	☐ M.V. Ausente	☐ Hipertimpenismo	☐ Maciez	☐ Ferida Aspirativa	☐ Bradicardia	☐ Taquicardia	☐ Arritmico	☐ Enchimento capilar	☐ Ausente	☐ AVDN	☐ Miose	☐ Midríase	☐ Anisocoria	☐ Otomá	☐ Otorragia	☐ Rinorragia	☐ Aparentemente alcoolizado	☐ DNV

Sinais Vitais e Escóres		P.A. mm/hg		F.C bpm		F.R Mpm		Sat O ₂ %		T. °C.		Esc. visual anal. EVA "DOR"		Glicemia		Trauma		APGAR	
Início																			
Fim																			

Pele		Cabeça		Face		Pescoco		Tórax		Abdome																	
☐ Corada	☐ Quente	☐ Pálida	☐ Fria	☐ Úmida	☐ Seca	☐ Cianótica	☐ Contusão	☐ Escoriação	☐ Laceração	☐ Hematoma	☐ Afundamento	☐ Per. Penetrante	☐ Contusão	☐ Escoriação	☐ Laceração	☐ Hematoma	☐ Deform. da traqueia	☐ Enfema Sub-Cutâneo	☐ Escoriações	☐ Lacerações	☐ Hematoma	☐ Escoriações	☐ Lacerações	☐ Distendido	☐ Em tábua	☐ Doloroso	☐ Evisceração

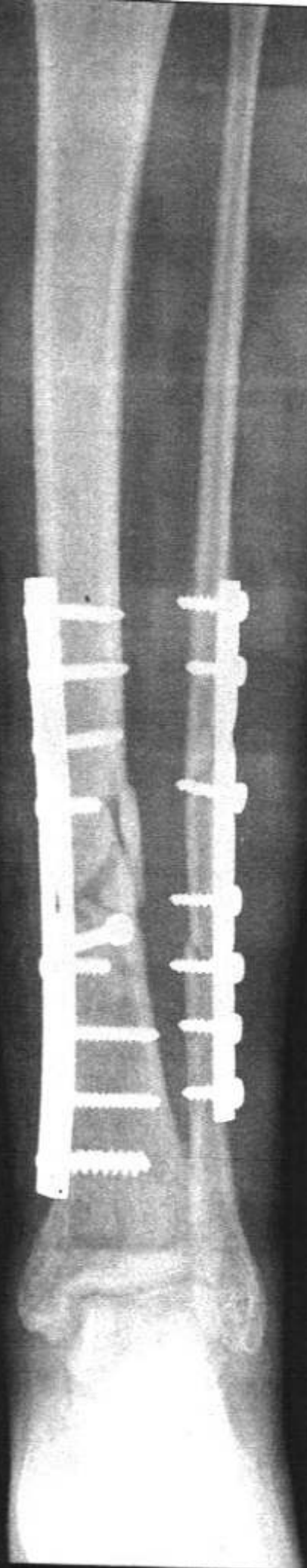
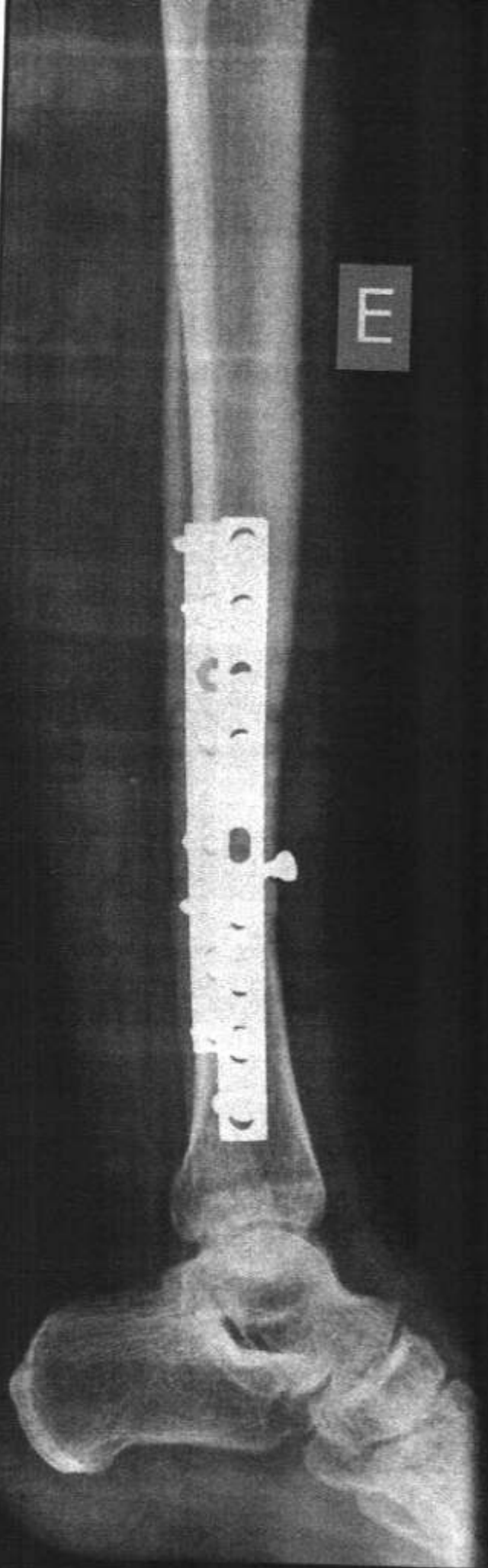
Pele		Coluna Dorsal		Membros					
☐ Contusão	☐ Escoriações	☐ Dor	☐ Instabilidade	☐ Contusão	☐ Escoriações	☐ Lacerações	☐ Luxações	☐ Fratura	☐ Amputação

AVALIAÇÃO CARDÍACA		AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA		HISTÓRIA PRETERITA																		
☐ Ritmo Sinusal	☐ Taquicardia	☐ Bradicardia	☐ Fibril	☐ Fibrilação atrial	☐ Fibrilação ventricular	☐ Assístole	☐ Respiratória	☐ Neurológica	☐ Psiquiátrica	☐ Metabólica	☐ Cardiovascular	☐ Digestiva	☐ Infecções	☐ Obstétrica	☐ Pediátrica	☐ Outra	☐ Diabetes	☐ Cardiopatia	☐ HAS	☐ Medicação de uso	☐ Alergias	☐ Outros

GRAVIDADE COMPROVADA		ILESO		SEVERA		ABORTO		EQUENA		MORTE		MÉDIA		INDETERMINADA		OUTRO	

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS		DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA												
☐ CANCELAMENTO	☐ Recusa de Atendimento	☐ Não se encontra no local	☐ Recusa de hospitalização	☐ Trófia	☐ Bombeiro no local:	☐ Polícia Militar	☐ Guarda Municipal	☐ SMTRAN	☐ Bombeiro	☐ Outros:	☐ Cosme e Silva	☐ HCSA	☐ Maternidade	☐ Outros

E

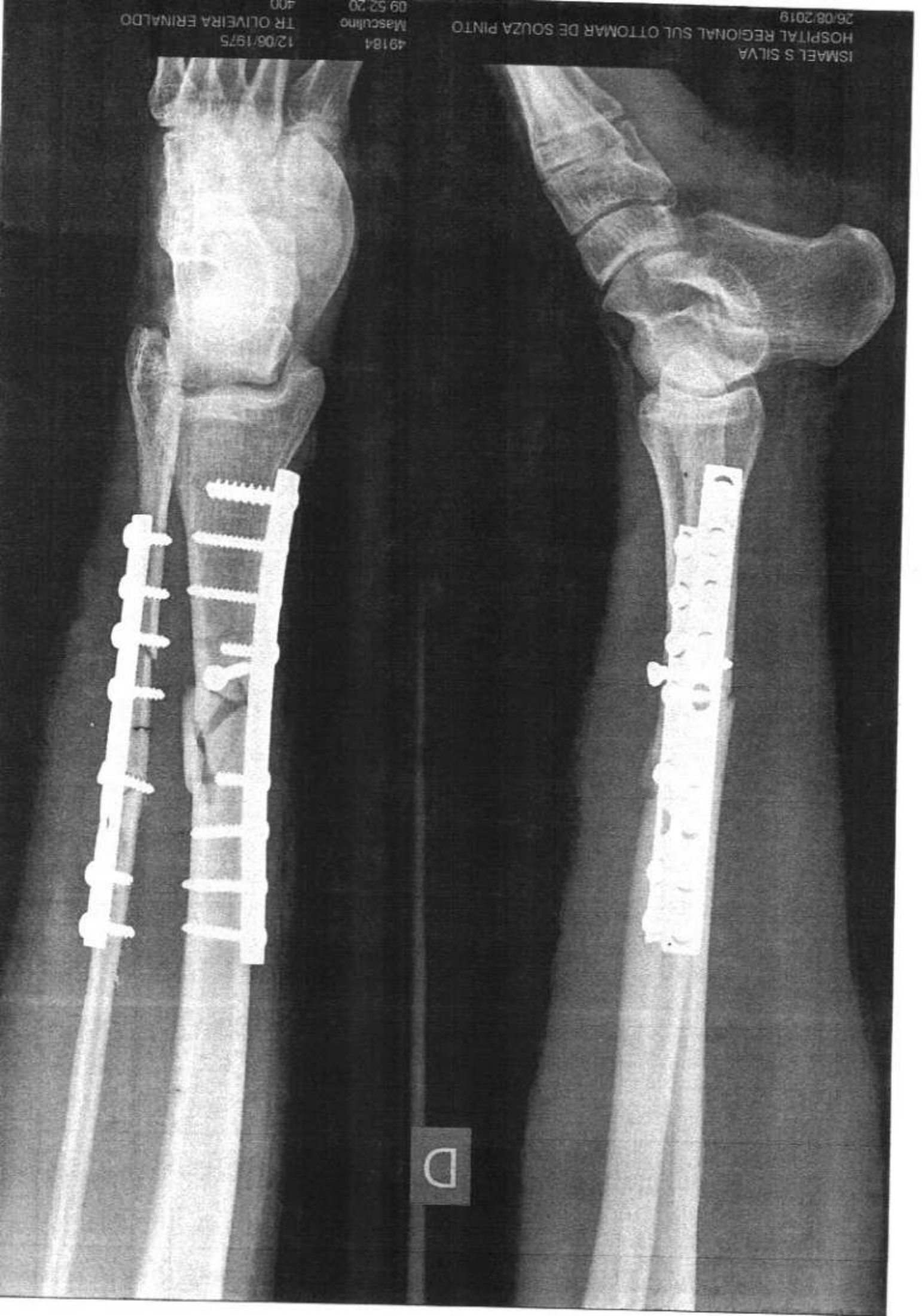


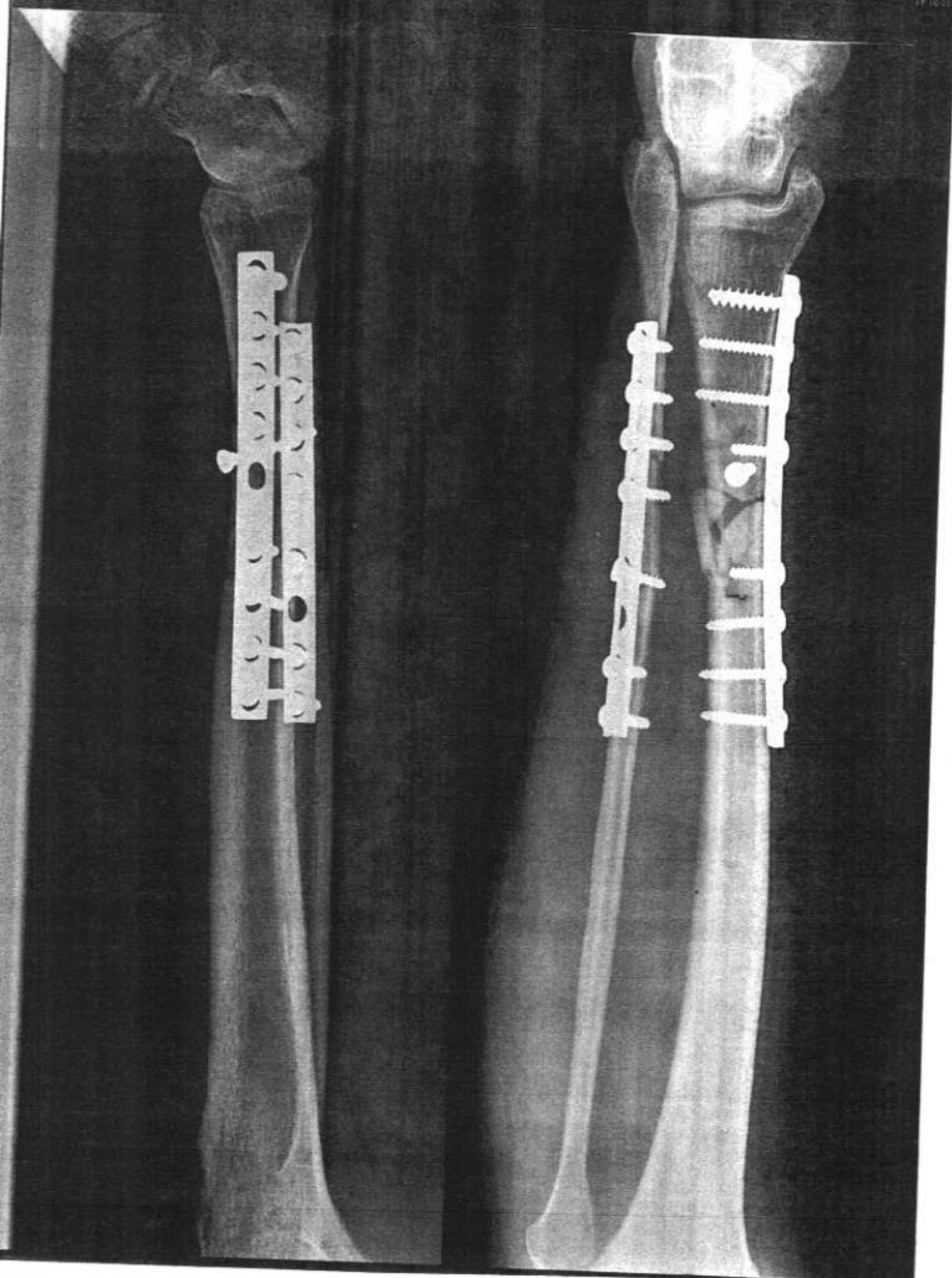
ISMAEL SARAIVA DA SILVA
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
18/11/2019

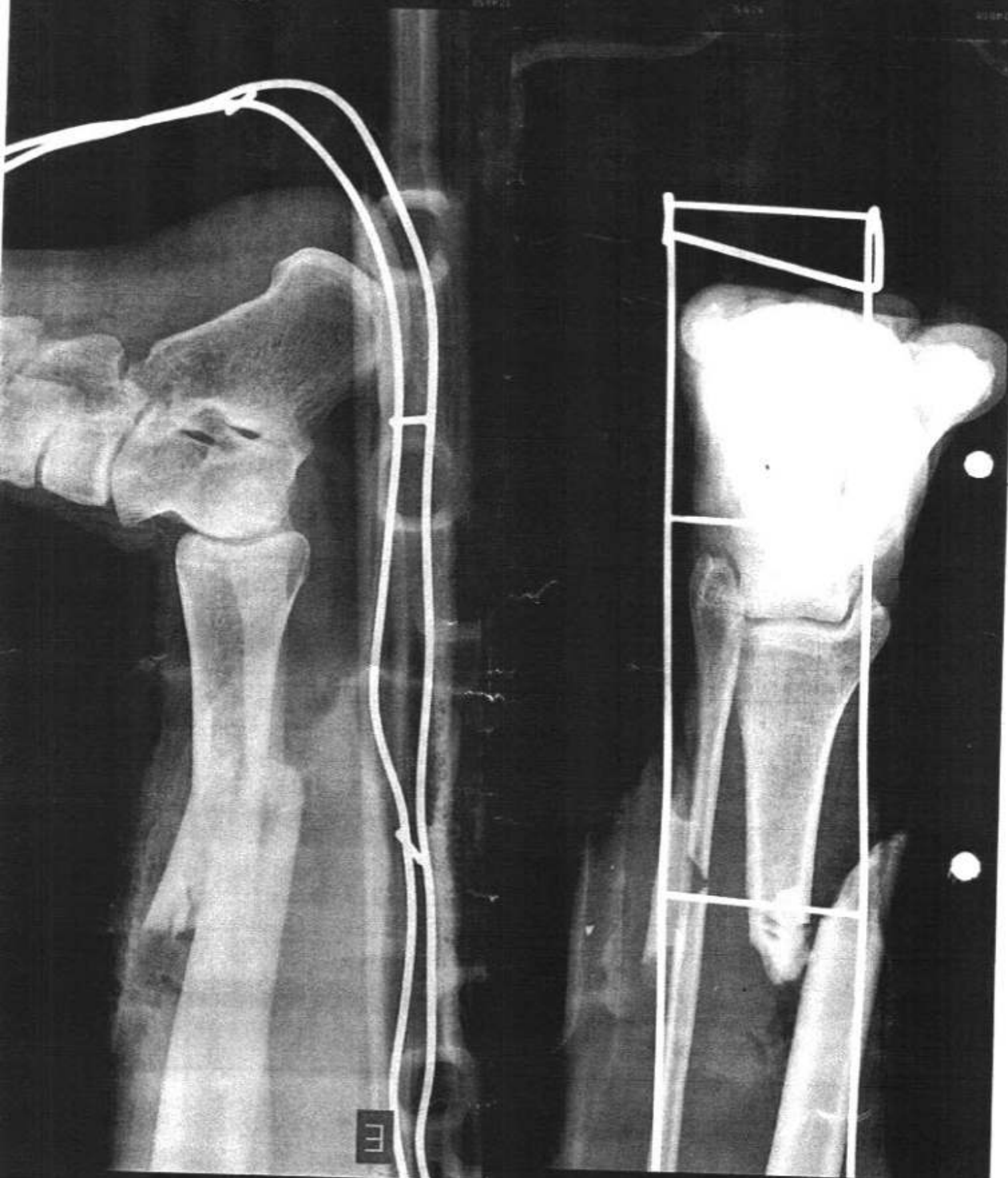
51732
Masculino
10/20/13

12/06/1975
TR OLIVEIRA ERINALDO
400

D





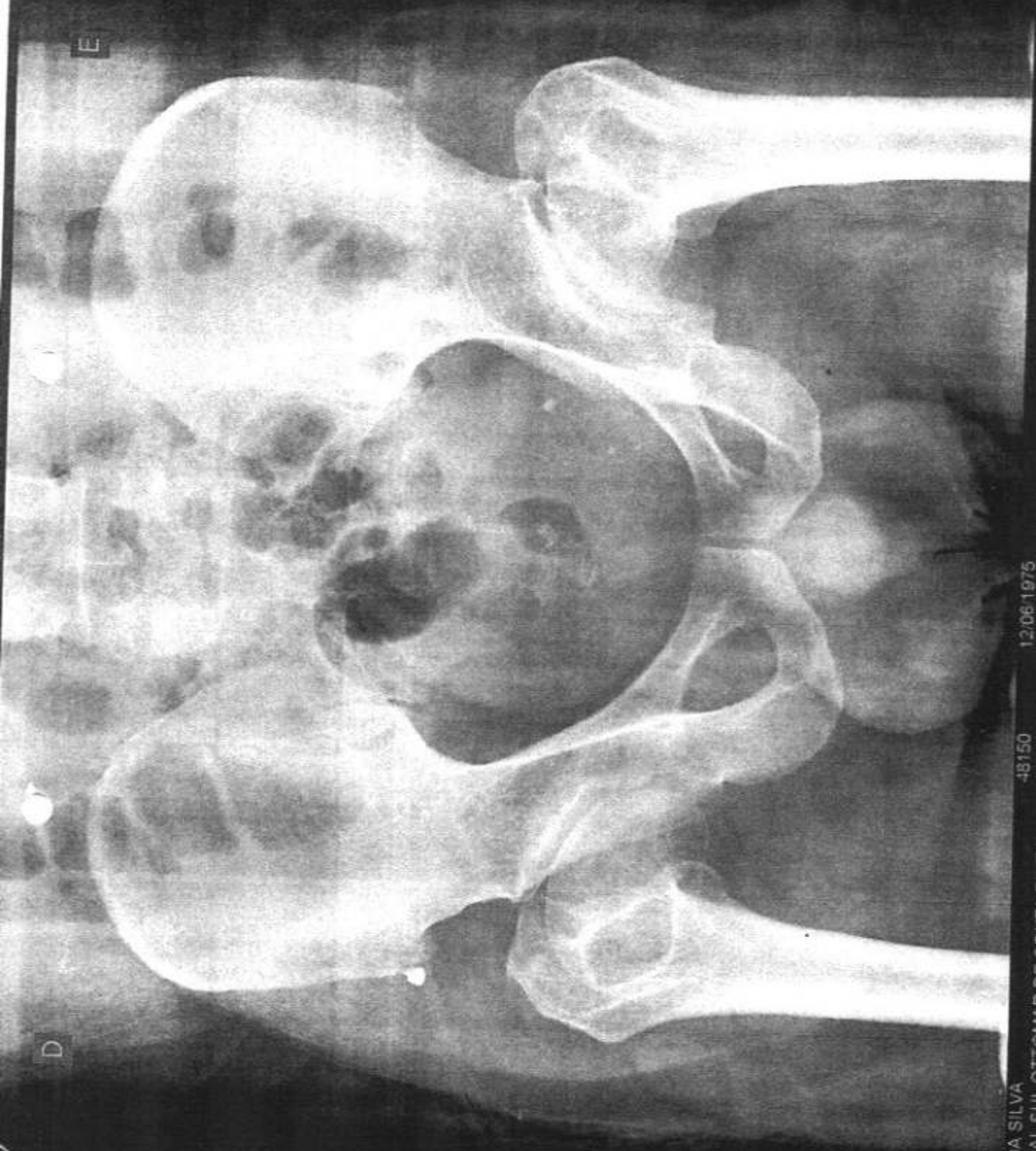




ISMAEL SARAIVA DA SILVA
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
22/07/2019

48150
Masculino
12:49:58

12/06/1975
TR BARROS ALAN
400



ISMAEL SARAIVA DA SILVA
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
22-07-2019

-48150

Masculino

12:49:58

12/06/1975

TR BARROS ALAN

400

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

NOME
 ISMAEL SARAIVA DA SILVA

DOC. GENTILHOMENS (DNG) EMITIDA POR
 134072 SEP RR

CPF
 382.755.702-04

DATA NASCIMENTO
 12/06/1975

FUNÇÃO
 MANOEL FELIX DA SILVA
 FRANCISCA SARAIVA LIMA

REMISSÃO
 0000000000

KCE
 00000000

CATEGORIA
 00

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS
 806624363

OBSERVAÇÕES

ISMAEL SARAIVA DA SILVA
 SECRETÁRIO DE ESTADO

LOCAL
 BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
 20/11/2013

38772288451
 RR207258473

DETRAN-RR (RORAIMA)

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Receita Federal
CPF
 CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição
382.755.702-04

Nome
 ISMAEL SARAIVA DA SILVA

Nascimento
 12/06/1975

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

980131278

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

DOC. GENCIAL / ORG. EMISSOR
148994 SSP RR

CPF
606.934.792-72

DATA NASCIMENTO
23/12/1976

PRACÇÃO
JOSE PEREIRA DO
NASCIMENTO
JURACY SOUSA DO
NASCIMENTO

PERMISSÃO
ACD
OPTAR
AB

Nº REGISTRO
01101904953

VALIDADE
14/01/2020

EMISSÃO
17/12/1999

980131278

BOA VISTA - ROBATINA

DATA DE EMISSÃO
15/01/2015

10964911290
RR207911720

JOSE LINO KURTSCHEK PEREIRA
DIRETOR PRESENTE

DETRAN-RR (ROBATINA)
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013161018000
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 01 CDD RENAVAM 010733223 R.M.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME ISMAEL ENRIQUE DA SILVA

CPF / CNPJ 022.37.270-04 PLACA RR-3288

PLACA ANT. UF CHASSI

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.

CAP. POT. / OIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS

FAIXA I RVA PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

ALPINE YAMAHA ANO 2019 - CAPACIDADE LTDA

100 Gomes Brasil
Diretor Presidente Interino
DETRAN-RR

DATA 12/08/2019

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

RR Nº 013161018000 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

VA CPF / CNPJ PLACA

RENAVAM MARCA / MODELO

ANO FAB. CAT. TAIG. Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL DO SEGURO DEVIDO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.346.008/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0451721/19

Vítima: ISMAEL SARAIVA DA SILVA

CPF: 382.755.702-04

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/07/2019

Titular do CPF: ISMAEL SARAIVA DA SILVA

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ISMAEL SARAIVA DA SILVA : 382.755.702-04

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: 13/12/2019
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190700081 **Cidade:** São Luiz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISMAEL SARAIVA DA SILVA **Data do acidente:** 22/07/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 3/5_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: 3190700081 **Cidade:** São Luiz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISMAEL SARAIVA DA SILVA **Data do acidente:** 22/07/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 3/5_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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Ismael Santana da Silva, brasileiro(a) estado civil viúvo, profissão: aguardador, portador(a) da cédula de identidade CIRG nº 134072 e inscrito no CPF/MF nº 382.455.702-04, residente e domiciliado na rua 34 lote 23, km 29, nº , Bairro: , município de: Paracatu/RR, Tel. 95803-9449, E-mail: .

OUTORGADO: Francisca Sousa Do Nascimento, brasileira, solteira, portadora do RG nº 148.994 SSP/RR e inscrito no CPF nº 606.934.792-72, residente e domiciliada na Rua: Capela, LT: 402, nº 402, Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69.317-492, município de Boa Vista-RR

PODERES ESPECIAIS: a **OUTORGADA** para Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizado ao outorgado.

Boa vista, 19 de 11 de 2019.

ISMAEL SANTANA DA SILVA

OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0451721/19

Vítima: ISMAEL SARAIVA DA SILVA

CPF: 382.755.702-04

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/07/2019

Titular do CPF: ISMAEL SARAIVA DA SILVA

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ISMAEL SARAIVA DA SILVA : 382.755.702-04

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: 13/12/2019
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700081

Vítima: ISMAEL SARAIVA DA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ISMAEL SARAIVA DA SILVA

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, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700081

Vítima: ISMAEL SARAIVA DA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ISMAEL SARAIVA DA SILVA

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: ISMAEL SARAIVA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004252

Conta: 000000011098-5

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: 382.755.702-04 3 - CPF da vítima: 382.755.702-04 4 - Nome completo da vítima: Imael Sampaio da Silva

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

5 - Nome completo: Imael Sampaio da Silva 6 - CPF: 382.755.702-04
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: V. VIC: 34 9 - Número: SIN 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Caracati 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.378-000
15 - E-mail: fronixonsampaio@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 99131-1149

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4252 CONTA: 0044098 5
(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 qualificação 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (se nascido)? ☐ 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.

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, Paracatu - RR, 29 de Novembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOÃO DA BALIZA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



DADOS DO REGISTRO DA OCORRÊNCIA

BOLETIM Nº 686/2019
DATA: 13/08/2019
HORA: 12h00min.
DELEGADO: Fernando Alves da Cruz
ATENDENTE: PAULO ROBERTO F DE ANDRADE MAT. 42000089
LOCAL, DATA E HORA: BR 210, em frente ao Hospital Francisco Ricardo de Macêdo, em 22/07/2019 às 11:00 horas aproximadamente.

DADOS DA COMUNICANTE

NOME: ISMAEL SARAIVA DA SILVA RG: 134072 SSP/RR CPF: 382755702-04
END: Rua Caroebe nº 05, Centro- Caroebe/RR

DADOS DA VITIMA

NOME: ISMAEL SARAIVA DA SILVA
END: O mesmo do Comunicante
FILIAÇÃO: Manoel Felix da Silva e Francisca Saraiva Lima
GRAU DE INST: Fund. Incompleto
COR/IDADE: Branca/44 anos
DATA DE NASCIMENTO: 12/06/1975
NATURALIDADE: Ouro Preto D'Oeste/RO
APELIDO:
PROFISSAO: Agricultor
FONE:
CNPJ:

DADOS DO ACUSADO

NOME: Não identificado
END:
FILIAÇÃO:
GRAU DE INST:
COR/IDADE:
DATA DE NASCIMENTO:
NATURALIDADE:
APELIDO:
PROFISSAO:
FONE:
NACIONALIDADE:

DADOS DA INFRAÇÃO

CÓD. INFR.	INFRAÇÃO	QUALIFICAÇÃO A TIPIFICAR
------------	----------	-----------------------------

BREVE RELATO DOS FATOS: (O) A comunicante acima qualificada, comparece a esta DEPOL para registrar que em dia local e horário acima descrito, conduzia na BR 210 sentido São Luiz/Novo Paraíso, seu veículo tipo motocicleta marca **HONDA Yamaha/XTZ 125 XE, ANO 2015, PLACA NBA 3298, DE CÔR PRÊTA, CHASSI 9C6KE1060F0018129, com CRLV em nome de ISMAEL SARAIVA DA SILVA** quando um veículo tipo Camioneta Montana de côr PRATA atravessou a BR colidindo com a motocicleta do comunicante, causando-lhe lesão corporal (fratura exposta na perna esquerda); QUE o condutor da camioneta Montana não parou para prestar socorro. É o breve relato.

ISMAEL SARAIVA DA SILVA
COMUNICANTE

Paulo Roberto F de Andrade
ATENDENTE

OBS: Comunicante/vitima fica intimada a comparecer nesta delegacia no dia, às hmin.

AVISO: 1 - SOLICITAMOS QUE CASO OBTENHA NOVAS INFORMAÇÕES QUE AJUDEM NAS INVESTIGAÇÕES COMPAREÇA A ESTA DELEGACIA;

AVISO: 2 - O comunicante é responsável pelas declarações prestadas, sujeito às penas arts. 339 (Denúnciação Caluniosa) e 340 (Comunicação falsa de crime) do CPB.

RESERVADO PARA DESPACHO DA AUTORIDADE POLICIAL

- ☐ Fato Atípico (Arquivar); ☐ Intimar comunicante; ☐ Aguardar audiência agendada;
☐ OM ao SO, relatório em _____ dias - APC; ☐ Aguardar novos fatos ou representação;
☐ Outra(s) providência(s): _____
☐ Elabore-se _____ art(s).

Delegado(a) de Polícia Civil

AVENIDA SÃO CRISTÓVÃO, 357, CENTRO, SÃO JOÃO DA BALIZA - RR, CEP: 69.375-000, FONE: (95) 3235-1691
E-mail: depolbaliza@hotmail.com

ETIQUETA NO VERSO

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: 382.755.702-04 3 - CPF da vítima: 382.755.702-04 4 - Nome completo da vítima: Imael Sampaio da Silva

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

5 - Nome completo: Imael Sampaio da Silva 6 - CPF: 382.755.702-04
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: V. VIC: 34 9 - Número: SIN 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Caracul 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.378-000
15 - E-mail: fronixonsampaio@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (95) 99131-1149

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4252 CONTA: 0044098 5
(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 qualificação 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (se nascido)? ☐ 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.

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, Paracatu - RR, 29 de Novembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LUIZ DO ANAUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU192 / SÃO LUIZ DO ANAUÁ



FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade: 051

Equipe: Dr. Manoel Led Walcimar

Paciente: Daniel Saraiva da Silva

Endereço: BR 210

Idade: 44

Sexo: M

Nº

Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CFM:

DATA 22/07/2019

HORA SAÍDA:

10:49

HORA CHEGADA:

MOTIVO: ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ OUTRO

AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLÊNCIA		OUTROS	
☐ Capotamento	☐ Atropelamento	☐ Colisão	☐ Uso do cinto	☐ Vítila projetada	☐ Vítila encarcerada	☐ Air Bag	☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto
☐ Motorista	☐ Passageiro Banco dianteiro	☐ Passageiro Banco traseiro	☐ Acidente com moto X <u>Carro</u>	☐ Conductor ☐ Carona	☐ Com capacete	☐ Sem capacete	☐ Queda, Altura aprox.:
			☐ Bicicleta	☐ condutor ☐ passageiro			☐ Acidente Doméstico
							☐ Queimadura Agente
							☐ Agressão p/ animal
							☐ Outros:

Vias Aéreas		Ventilação		Circulação		Aval. Neurológica	
☐ Dispneia	☐ Bradipneia	☐ Taquipneia	☐ Resp. Ruidosa	☐ Obstrução	☐ Apnéia	☐ Outros:	☐ M.V. Diminuído
							☐ M.V. Ausente
							☐ Hipertensão
							☐ Maciez
							☐ Ferida Aspirativa
							☐ Bradicardia
							☐ Taquicardia
							☐ Arritmico
							☐ Enchimento capilar
							☐ acima de 2"
							☐ Ausente
							☐ AVDN
							☐ Mioc
							☐ Midriase
							☐ Anisocoria
							☐ Otorrêa
							☐ Otorragia
							☐ Rinorréia
							☐ Aparentemente alcoolizado
							☐ DNV

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R lpm	Set O ₂ %	T. °C.	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	Trauma	APGAR
Início	<u>130/90</u>	<u>56</u>	<u>99</u>	<u>99</u>					
Fim									

Pele		Cabeça		Face		Pescoço		Tórax		Abdome	
☐ Corde	☐ Quente	☐ Pálida	☐ Fria	☐ Úmida	☐ Seca	☐ Cianótica	☐ Contusão	☐ Escoriação	☐ Laceração	☐ Hematoma	☐ Afundamento
							☐ Fer. Penetrante	☐ Contusão	☐ Escoriação	☐ Laceração	☐ Hematoma
								☐ Desvio de traqueia	☐ Escoriação	☐ Laceração	☐ Hematoma
								☐ Enfisema Sub-Cutâneo	☐ Tórax instável	☐ Resp. paradoxal	☐ Tamponamento
									☐ Escoriação	☐ Laceração	☐ Hematoma
									☐ Escoriação	☐ Laceração	☐ Hematoma
									☐ Escoriação	☐ Laceração	☐ Hematoma
									☐ Escoriação	☐ Laceração	☐ Hematoma
									☐ Escoriação	☐ Laceração	☐ Hematoma
									☐ Escoriação	☐ Laceração	☐ Hematoma

Pele		Coluna Dorsal		Membros	
☐ Contusão	☐ Escoriação	☐ Dor	☐ Instabilidade	☐ Contusão	☐ Escoriação
				☐ Laceração	☐ Luxação
				☐ Fratura	☐ Amputação

AVALIAÇÃO CARDÍACA		AVALIAÇÃO GASTRO		HISTÓRIA PEGRESSA	
☐ Ritmo Sinusal	☐ Taquicardia	☐ Bradicardia	☐ Flutter	☐ Fibrilação atrial	☐ Fibrilação ventricular
				☐ Asistolia	☐ Aborto
				☐ Respiratória	☐ Neurológica
				☐ Psiquiátrica	☐ Metabólica
				☐ Cardíaca	☐ Digestiva
				☐ Infecções	☐ Obstétrica
				☐ Pediátrica	☐ Outra
				☐ Diabetes	☐ Cardiopatia
				☐ HAS	☐ Medicação de uso
				☐ Alergias	☐ Outros

GRAVIDADE COMPROVADA		MÉDIA		HISTÓRIA PEGRESSA	
☐ ILESO	☐ SEVERA	☐ EQUENA	☐ MORTE	☐ DIABETES	☐ CARDIOPATIA
		☐ MORTA	☐ MORTA	☐ HAS	☐ MEDICAÇÃO DE USO
		☐ MORTA	☐ MORTA	☐ ALERGIAS	☐ OUTROS
		☐ MORTA	☐ MORTA	☐ OUTROS	☐ OUTROS

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)		MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS	
<u>Wellington Alves de Jesus</u>	<u>Av. São João nº 1048 - Centro</u>	☐ Polícia Militar	☐ Guarda Municipal
	<u>CRM/RR 1817</u>	☐ SAMTRAN	☐ Bombeiro
		☐ Outros:	☐ Outros:

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)		MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS	
<u>Wellington Alves de Jesus</u>	<u>Av. São João nº 1048 - Centro</u>	☐ Polícia Militar	☐ Guarda Municipal
	<u>CRM/RR 1817</u>	☐ SAMTRAN	☐ Bombeiro
		☐ Outros:	☐ Outros:

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)		MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS	
<u>Wellington Alves de Jesus</u>	<u>Av. São João nº 1048 - Centro</u>	☐ Polícia Militar	☐ Guarda Municipal
	<u>CRM/RR 1817</u>	☐ SAMTRAN	☐ Bombeiro
		☐ Outros:	☐ Outros:

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)		MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS	
<u>Wellington Alves de Jesus</u>	<u>Av. São João nº 1048 - Centro</u>	☐ Polícia Militar	☐ Guarda Municipal
	<u>CRM/RR 1817</u>	☐ SAMTRAN	☐ Bombeiro
		☐ Outros:	☐ Outros:

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)		MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS	
<u>Wellington Alves de Jesus</u>	<u>Av. São João nº 1048 - Centro</u>	☐ Polícia Militar	☐ Guarda Municipal
	<u>CRM/RR 1817</u>	☐ SAMTRAN	☐ Bombeiro
		☐ Outros:	☐ Outros:

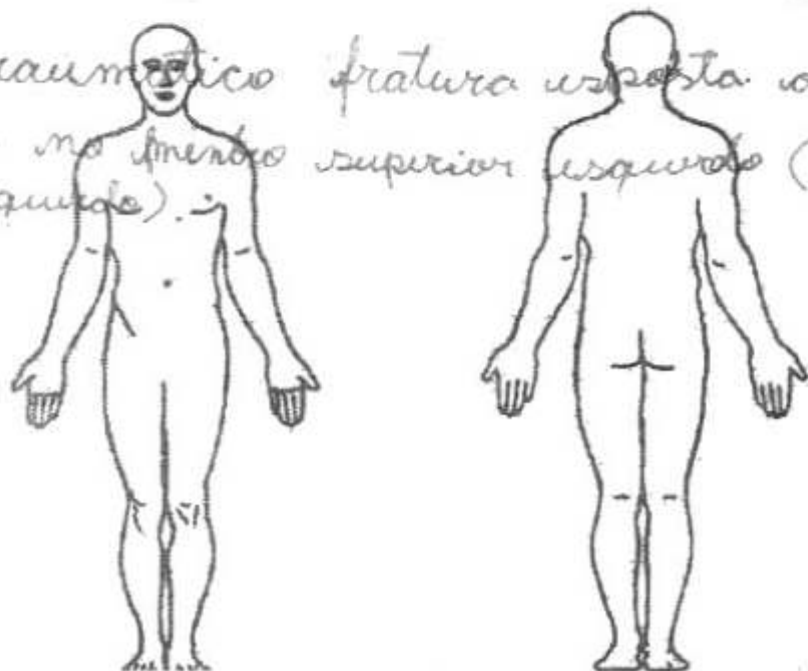
PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____	
Perda de líquido: _____ BCF: _____	
☐ Com cartão ☐ Sem cartão	

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA	
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala		
Resposta Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4 ☐	10 - 24	4 ☐
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3 ☐	25 - 35	3 ☐
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2 ☐	≥ 36	2 ☐
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1 ☐	01 - 09	1 ☐
Resposta Verbal	Orientado	Balucia	5 ☐	0	0 ☐
	Confuso	Choro irritado	4 ☐	> 90	4 ☐
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3 ☐	70 - 89	3 ☐
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2 ☐	50 - 69	2 ☐
Resposta Motora	Nenhuma	Nenhuma	1 ☐	01 - 49	1 ☐
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6 ☐	0	0 ☐
	Localiza a dor	Retira ao toque	5 ☐	14 a 15	5 ☐
	Flexão normal	Retira a dor	4 ☐	11 a 13	4 ☐
	Flexão anormal	Flexão normal	3 ☐	8 a 10	3 ☐
	Extensão a dor	Flexão anormal	2 ☐	5 a 7	2 ☐
	Nenhuma	Nenhuma	1 ☐	3 a 4	1 ☐
ESCALA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA	

LEVE	MODERADA	INTENSA
1 2 3 4 5	6 7 8 9 10	
ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA		

Paciente traumático fratura exposta de tíbio e fíb. Escoriações no membro superior esquerdo (fratura membr inferior esquerda).



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISMAEL SARAIVA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04252

CONTA: 000000011098-5

Nr. da Autenticação 5626788561CC13EB