

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILANO GOMES PEIXOTO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000026074-9

Autenticação:

38B56BC6ABB0C7CE7A59044CBF9EE26DF40B9683BB1EFC81EBAAABB9CC78DAF8

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pelo SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 4081058

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	06/12/2019	167	112,52

MARIA DE FATIMA ALVES DE AGUIAR
AV SABA CUNHA 941 3 - JARDIM CARANA
CEP: 69.313-725 - BOA VISTA

CPF: 00023065834200

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 22790	Atual: 22/11/2019	Grupo/Subgrupo: 1.4.1.2
Anterior: 22623	Anterior: 25/10/2019	Classe/Subclasse: RESID.BK.RENDA
Dias de consumo: 30	Próxima leitura: 22/12/2019	Utição: BIFASICA
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 21/11/2019	Número Medidor: E2829653
Consumo medido: 167	Apresentação: 22/11/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 167		Modalidade: 0 1518284

CONSUMO	DESCRICO DA CONTA
30 A R\$ 0,261581 =	7,84
70 A R\$ 0,448429 =	31,39
67 A R\$ 0,672650 =	45,06
	44,30
SUBVENCAO BAIXA RENDA	0,01
CORRECAO MONETARIA DA 09/19-00	1,40
MULTA POR ATRASO DE I 09/19-00	0,33
JUROS DE MORA POR ATR 09/19-00	1,96
MULTA POR ATRASO 09/19-00	1,40
JUROS DE MORA DE IMPO 09/19-00	23,13
ILUMINACAO PUBLICA	



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/12/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
10/2019 92,50

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 10.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESO. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANCEL N. 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 08007019120 E FAÇA OBOHO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$
Energia: 45,59	ICMS: 17,02%
Distribuição: 19,97	PIS: 0,37%
Transmissão: 0,00	COFINS: 1,00%
	VALOR: 14,92
	8,31
	1,52

INDICADORES DE CONTINUIDADE	RIC	DMC	DICRI
Mensal	Mensal	Mensal	Mensal
Trimestral	Trimestral	Trimestral	Trimestral
Anual	Anual	Anual	Anual
Limite	9,24	18,49	36,99
Realizado	8,46	16,92	33,84
Conjunto	4,99		

ROT: 7 001.11.01.441600

RORAIMA ENERGIA

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0031324-6	112,52
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
11/2019	06/12/2019

Nº da Nota Fiscal

4081058

FCM*

83690000001 6 12520075000 3 000000000031 5 32461119008 7

SEQ.: 0161 UC: 0031324-6 DT.LEIT.: 22/11/2019 T.ENTR
LEITURA: 22790 NORMAL TOTAL: 112,52 CARGA
DT.VENC.: 06/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR

13 MAR. 2020

SEQ.: 0151 UC: 0109029-1 DT.LEIT.: 21/02/2020 T.ENTR.: 04
LEITURA: 548 NORMAL TOTAL: 277,67 CARGA: 008
DT.VENC.: 11/03/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4021

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/BIBLIOTECASWEB/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 Alcides Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Edilano Gomes Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.184.692 / 33

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Edilano Gomes Pereira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.184.692 / 33, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Antônio P. Galvão</u>	Número: <u>4832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Bela Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ELCIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(91) 5198403-5060</u>

Local e Data: Bela Vista - RR, 21/02/2020

Assinatura do Declarante

13 MAR. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1901174595 16/10/2019 13:24:14

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

Paciente
EDILANO GOMES PEIXOTO

Data Nascimento

26/12/1984

Sexo

M

Estado Civil

PARDA

Raça/Cor

PARDA

CPF

898002738365339

CNPJ

01718469233

Prontuário

0006108

Tipo Doc

IDENTIDADE 251731

Órgão Emissor Data Emissão

SSP/RR

Mãe

EVA GOMES DE SOUZA

Par

MANOEL COTINGO PEIXOTO

Endereço

- NAO SOUBE INFORMAR - 1066 - - -

Ocupação

NÃO INFORMADA

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Sector

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registrado por:

ANTONIA.SOARES

Queixa Principal

1. Dor no Joelho

☐ Síndrome Febril

☐ Sintomático Respiratório

☐ Suspeita de Dengue

anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 MRV: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

TOTAL

15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

lesão completa, refere dor e inchaço no joelho de modo
agudo e outros queixas

Exame Físico

B36, B76, A1A, Surpreito

Hipótese Diagnóstica

Fratura?

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

• Pipirina 2g - 6x
• Taxica 400mg

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

19 DEU 2020

19 DEU 2020

19 DEU 2020

19 DEU 2020

19 DEU 2020

19 DEU 2020

19 DEU 2020

19 DEU 2020

19 DEU 2020

19 DEU 2020

19 DEU 2020

19 DEU 2020

19 DEU 2020

19 DEU 2020

19 DEU 2020

19 DEU 2020

19 DEU 2020

19 DEU 2020

19 DEU 2020

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☒ Transferência para:

Ortopedia

☐ Ambulatório.

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento?

☐ Sim

☐ Não

Destino:

☐ Família

☐ IMI

Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 16/10/2019 13:24:59

02019
02019 - 02019 em Tecnologia
02019 - 02019 em Saúde
02019 - 02019

Tales Saade
Médico
CRM-RR 2060



1901174595

13 MAR. 2020

Queda de peso e/
trauma no joelho (T)

Pl: Fract CFM.

TR.

Dr. Jonathas C. Lopes
Ortopedi
Cirurgia
CRM-RR 17
matologia
joelho
COT 14272

Por e/ conhecimento no registro
medico do joelho para ser
contado e/ foco fraturado

At. - Externa

- Internacao

n.º 1 4

Dr. Jonathas C. Lopes
Ortopedi
Cirurgia
CRM-RR 17
matologia
joelho
COT 14272

13 MAR. 2020

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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente submetido a otoplastia
de pino distal esquerdo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

A. De cima

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

Rx + exames de laboratório

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CASAS ASSOCIADAS

fratura de pino distal E

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050586

5724

V299

13 MAR. 2020

U-10



BOLETIM OPERATÓRIO

Edilson Gons
Reado

Data:

21/10/19

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Exemplo modelo 10mm E

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Exemplo modelo 10mm E

TIL DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Jardas

1º AUXILIAR:

Elder

2º AUXILIAR:

Mauricio Buer

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1826/RR

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

1) Exemplo em 10mm E

2) Exemplo e ortopedia

3) Exemplo de corpo e deis

4) Exemplo parafuso de 10mm E

5) Redução com 2 parafusos com o
do exemplo medial com um de inter-
medios de 10mm E6) Exemplo 5x10mm E e sutura por plano com
Vicryl e Nylon

7) Exemplo

13 MAR. 2020

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

34a

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
EDILANO GOMES PEIXOTO	401-2/D	00061084	21 / 10 / 16

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
osteossíntese de fratura de Condilo Femoral (E)	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	09:08	10:34	

EQUIPE MEDICA

CIRURGIÃO	Dr. Jonathan	ANESTESISTA:	Dr. Marisa
1º AUXILIAR	Res. Marco Brunner	RES. ANESTESIA:	Res. Marcos
2º AUXILIAR	Res. Fernando Rezende Res. Augusto	INSTRUMENTADOR	
TIPO DE ANESTESIA:	Raque	CIRCULANTE	Jefre, Hilma
		TEMPO DE DURAÇÃO:	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VAL
- ☒	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☒ ☒	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 250ml	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
5	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 2,0	
☒	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2,0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	EUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
2	LÂMINA BISTURI Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML		☐	CERA P/ OSO Atodura 30	
3	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº Agulha P/ raque	
3	SERINGA 10ML		5	GEOFOAM Eletrodos	
2	SERINGA 20ML		1	PITA CARDIACA coteletor D2	
			7	OUTROS: Equipos macrogatos	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALC
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	Enfermeira e Bruno		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	
		TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

13 MAR. 2020



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

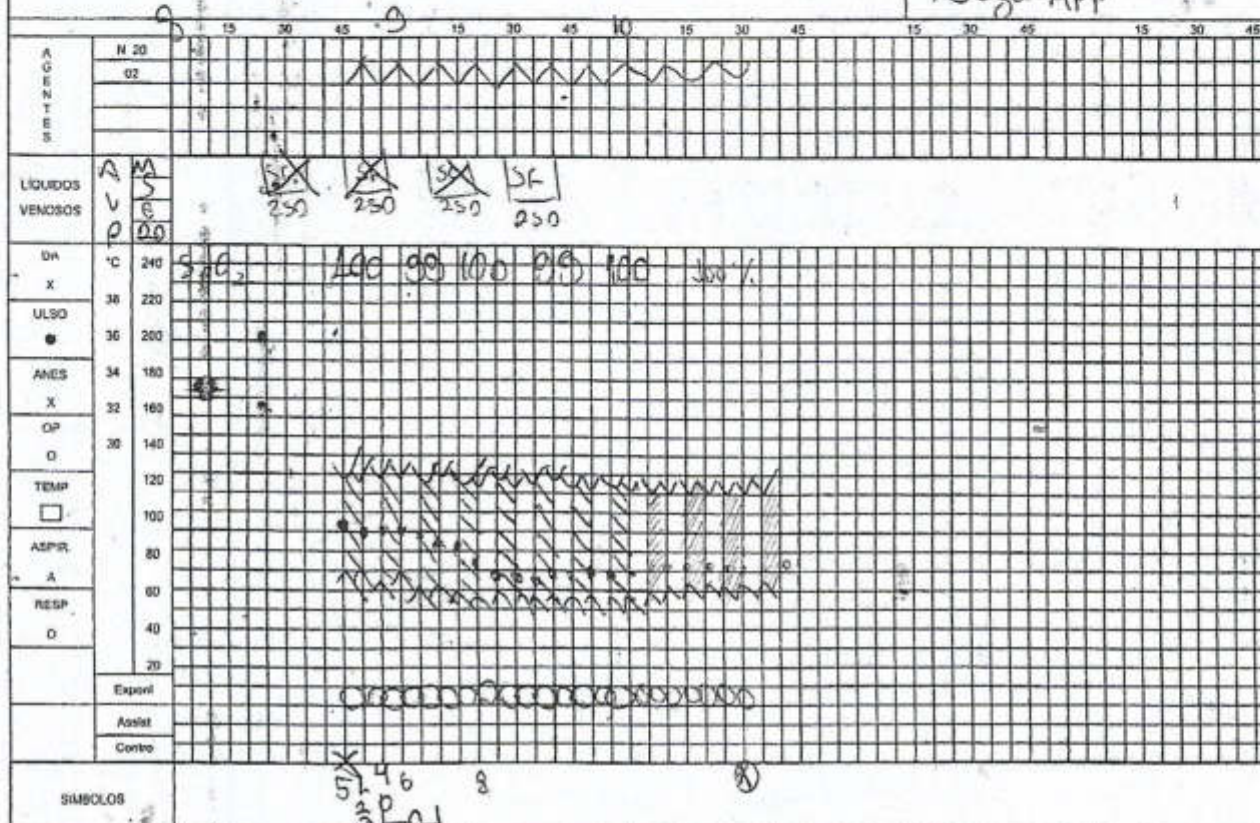
FICHA DE ANESTESIA

Edilana Gomes Reisido.

34a

21/10/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº Naga Alergic
Naga HPP

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Fentanil	100 mcg	RAQUIDIANESTESIA PARANETIZADA	ANOTAÇÕES: X - CHECK LIST ANEST. OK. Monitorar: SpO ₂ , Fi, P, R, T, H, V.
B Midazolam	5 mg	cr. técnica apêndice 12-13	① Vmoclise ② CNO ₂ 2l/min
C Propofol	100 mg	cr. técnica 20-25 de Quincke	③ Sedução - Fentanil 100 mcg
D Propofol	100 mg	variante espontânea	④ Anest. Propofol 15 mg
E X	100 mg	cr. técnica 20-25 de Quincke	⑤ Ceftriaxona 2g IV
F		variante espontânea	⑥ Temosem 20 mg
G		cr. técnica 20-25 de Quincke	⑦ Dipirone 2g
GLICOSE	LIQUIDOS	Canula - Naso / Oro Faríngea	⑧ Propofol 15 mg
NOCD		Naso / Oro Faríngea - Cega	
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL			
OPERAÇÃO	Osteosíntese de fratura de Patela.		
ANESTESIA	Dr. Marisa	CÓDIGO	PERDA SANGÜÍNEA
	Rz Bruno		

Dr. Marisa Pizolo
Anestesiologista
CRM/RJ - 389

13 MAR. 2020

PRÉ- ANESTÉSICO

Nome: _____ End: _____ Leitor: _____ Serv: _____
Sexo: mas Cor: br Idade: 34 Peso: 82 Kg Alt: 1.70 Classe: _____ Data: _____ Hora: _____
Diagn Pré-OP: fratura de fêmur distal esquerda Patol Al: oc mega comorbidade

Anal Ant: fenoxico em MSD
Alergia: dexamet
Alcool: _____ Fumo: ✓
DROGAS: (Corticóide, fenoloxizina, hipotensor, narcotráfico, hipotico, digitalico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulf, casopressor, IMAO, outros) n pz uso regular de nenhuma
Estado Mental: lúre Boca: Malilimpada II
Pescopo: avista, boa mobilidade Velas: duplex 00000
RX _____
Feses _____
Hepatograma _____
Outros _____
Parecer Clínico _____
PA _____ Pulso _____ Temperatura _____

Medicação Pré - An	DOSE	VIA	HORA
<u>1</u>			

Sangue Tipo: B Leuc: 6.2910 Ht: 33.30% Hb: 4.30
Hm: 385x10⁹ Lc: _____ Is: _____ p. Laco: _____
r. Coag: _____ Pq: 312.000 Uréia: 41.30
creat: 0.86 Glic: 89.34 Na: _____ mEq/l
Atiacoz mEq/1k _____ mEq/1pH _____ p02
pC02 _____ BA _____ BS _____ BE _____
URINA: d _____ pH _____ glc _____ Alb _____
Sedim _____
Ap. gen. Uri: NSN
AP. Resp: Pulmões limpos
AP. Circ: RRR BNP
AP. Digt: NDN
S. Osteo - Ar: motivo exurgico
S. Nerv: NDN
S. Endoc: NDN

Est. Fis (ASA) II AN. Proposta Roque
NB _____

Dra. Marisa Pinto
Anestesiologista
CRM/RS - 306

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO		NA ENFERMARIA	
Data	Hora	Data	Hora
09/01/12			
exag 1AP 12.50			
RN+ 1.1			
TRPA 34			
11:30	130 x 74		
560	60		
60			
sem bloqueio mols			
Assinatura		Assinatura	
Dr. Marcos Pinto			
alta de SRPA p/ setor de cirurgia			
CRN 308/RE			
anestesiado			

13 MAR. 2020

Alta: 24/10/19

SUS Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Edilene Gomes Peres

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 61084

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 208505036575380

8 - DATA DE NASCIMENTO: 26/12/1984

9 - SEXO: Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Lea Gomes de Souza

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: B. J.

14 - CDD, IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Frat de anulo femoral

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Fto. cring.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): FT + R

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Frat. CTM

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU MOLENIAS)

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNAE DA EMPRESA

40 - CBOR

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR

44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0308010019

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 16/10/19

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 5724 T068 V299

13 MAR. 2020

Alta 21/10

401-21



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Edilene Gomes de Souza 31 ANOS
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 11/10/19 CO
DIAGNÓSTICO DE fratura fechada do fêmur direito
NO DIA 21/10/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fratura fechada do fêmur direito com placa e parafusos SENI
OPERADO PELO DR. Augusto Cavalcanti E DR. Edilson
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 24/10/19, ÀS 14h30, EI
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 4/11/19, ÀS 14h30, COM
DR. Augusto Cavalcanti

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.

24/10/19

13 MAR. 2020

BOA VISTA,

Dr. Augusto Cavalcanti
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964

500



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

NOME

Novo Médico

RECEITUÁRIO

O Sr. Edileuza Gomes Peixoto
sofreu fratura de fêmur distal
(T) sendo fratura cirúrgica.
está em tratamento

UD: 572.4

DATA 04.11.19

Dr. Jonathan L. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CBO 36.120.0100
CRM 15811/AC

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 530 - Centro - 69010-000
FONE: (16) 301.1501 - CNPJ: 04.013.408/0001-00

13 MAR. 2020

Not intended for official interpretation.

EDILANO GOMES PEIXOTO

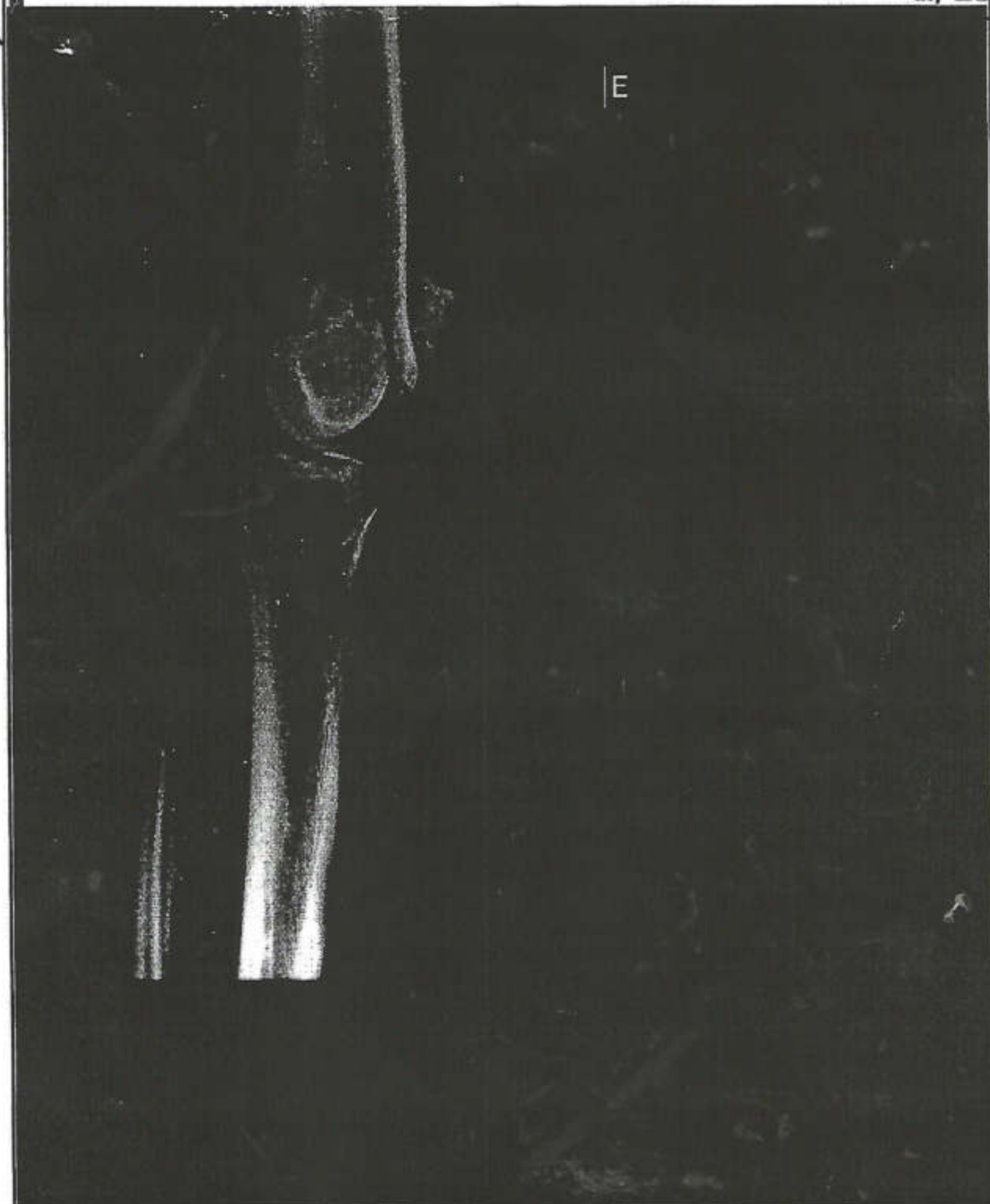
GT

M

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator NORA/OX/usuario

- kV, - mAs



SID ■■

L 128

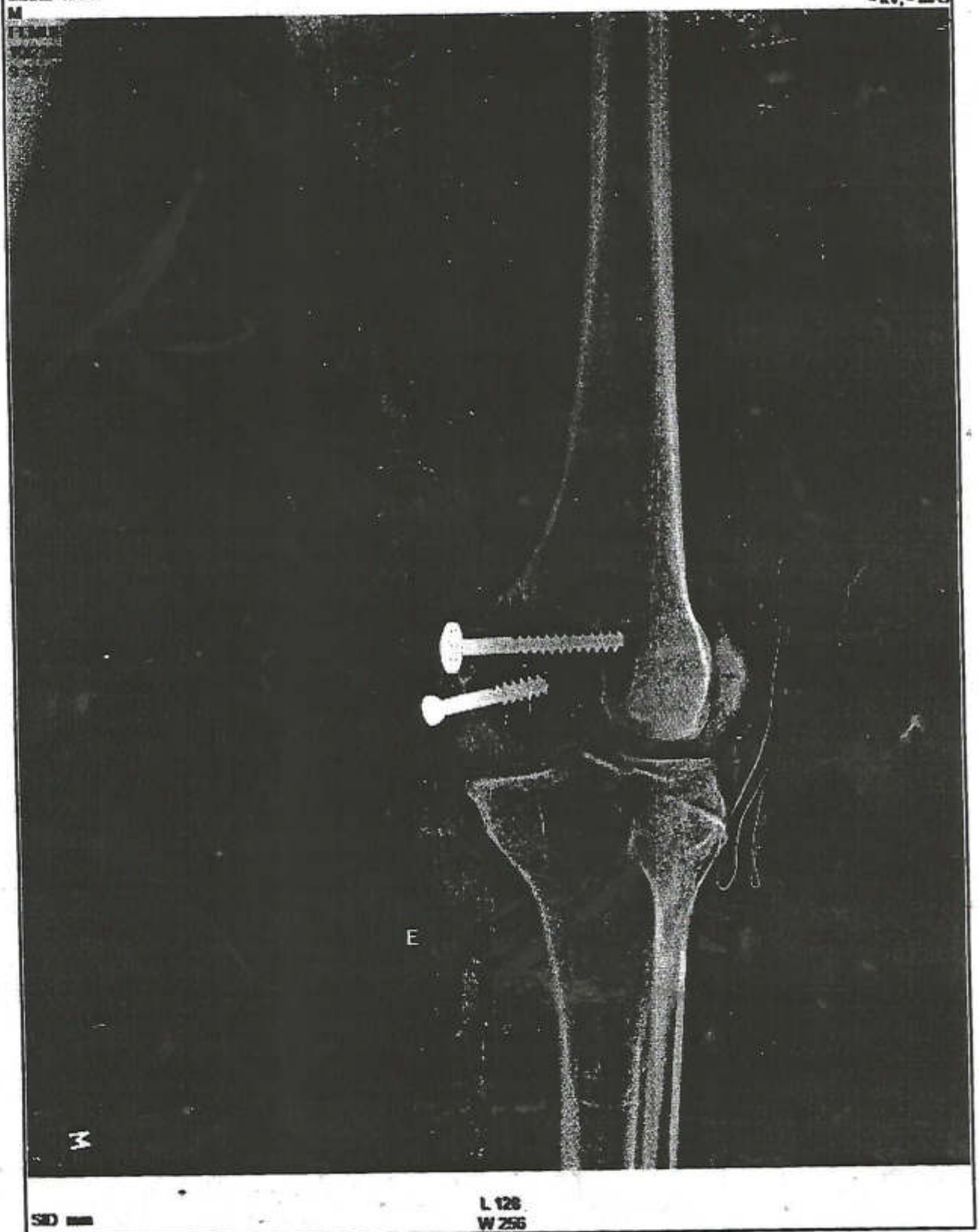
W 255

13 MAR. 2020

Not intended for official interpretation.

EDILANO GOMES PEIXOTO
BLC.D 401-2

HOSP GERAL DE RORAIMA
Operator NORAIOX/usuario
- kV, - mAs



13 MAR. 2020

Not intended for official interpretation.

EDILANO GOMES PEIXOTO

GT

M

PERNA

10/16/2019

1:51 PM

HOSP GERAL DE RORAIMA

Operator NDRAIOX/Assunção

- kV, - mAs

Zoom 100%



SD

L 128
W 256

13 MAR. 2020

ALTERAÇÃO DE IDENTIDAD



EDILANO GOMES PEIXOTO

- MANOEL COTINGO PEIXOTO

EVA GOMES DE SOUZA

SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO, 2012; 2012b; 2012c; 2012d; 2012e; 2012f; 2012g; 2012h; 2012i; 2012j; 2012k; 2012l; 2012m; 2012n; 2012o; 2012p; 2012q; 2012r; 2012s; 2012t; 2012u; 2012v; 2012w; 2012x; 2012y; 2012z; 2013a; 2013b; 2013c; 2013d; 2013e; 2013f; 2013g; 2013h; 2013i; 2013j; 2013k; 2013l; 2013m; 2013n; 2013o; 2013p; 2013q; 2013r; 2013s; 2013t; 2013u; 2013v; 2013w; 2013x; 2013y; 2013z; 2014a; 2014b; 2014c; 2014d; 2014e; 2014f; 2014g; 2014h; 2014i; 2014j; 2014k; 2014l; 2014m; 2014n; 2014o; 2014p; 2014q; 2014r; 2014s; 2014t; 2014u; 2014v; 2014w; 2014x; 2014y; 2014z; 2015a; 2015b; 2015c; 2015d; 2015e; 2015f; 2015g; 2015h; 2015i; 2015j; 2015k; 2015l; 2015m; 2015n; 2015o; 2015p; 2015q; 2015r; 2015s; 2015t; 2015u; 2015v; 2015w; 2015x; 2015y; 2015z; 2016a; 2016b; 2016c; 2016d; 2016e; 2016f; 2016g; 2016h; 2016i; 2016j; 2016k; 2016l; 2016m; 2016n; 2016o; 2016p; 2016q; 2016r; 2016s; 2016t; 2016u; 2016v; 2016w; 2016x; 2016y; 2016z; 2017a; 2017b; 2017c; 2017d; 2017e; 2017f; 2017g; 2017h; 2017i; 2017j; 2017k; 2017l; 2017m; 2017n; 2017o; 2017p; 2017q; 2017r; 2017s; 2017t; 2017u; 2017v; 2017w; 2017x; 2017y; 2017z; 2018a; 2018b; 2018c; 2018d; 2018e; 2018f; 2018g; 2018h; 2018i; 2018j; 2018k; 2018l; 2018m; 2018n; 2018o; 2018p; 2018q; 2018r; 2018s; 2018t; 2018u; 2018v; 2018w; 2018x; 2018y; 2018z; 2019a; 2019b; 2019c; 2019d; 2019e; 2019f; 2019g; 2019h; 2019i; 2019j; 2019k; 2019l; 2019m; 2019n; 2019o; 2019p; 2019q; 2019r; 2019s; 2019t; 2019u; 2019v; 2019w; 2019x; 2019y; 2019z; 2020a; 2020b; 2020c; 2020d; 2020e; 2020f; 2020g; 2020h; 2020i; 2020j; 2020k; 2020l; 2020m; 2020n; 2020o; 2020p; 2020q; 2020r; 2020s; 2020t; 2020u; 2020v; 2020w; 2020x; 2020y; 2020z; 2021a; 2021b; 2021c; 2021d; 2021e; 2021f; 2021g; 2021h; 2021i; 2021j; 2021k; 2021l; 2021m; 2021n; 2021o; 2021p; 2021q; 2021r; 2021s; 2021t; 2021u; 2021v; 2021w; 2021x; 2021y; 2021z; 2022a; 2022b; 2022c; 2022d; 2022e; 2022f; 2022g; 2022h; 2022i; 2022j; 2022k; 2022l; 2022m; 2022n; 2022o; 2022p; 2022q; 2022r; 2022s; 2022t; 2022u; 2022v; 2022w; 2022x; 2022y; 2022z; 2023a; 2023b; 2023c; 2023d; 2023e; 2023f; 2023g; 2023h; 2023i; 2023j; 2023k; 2023l; 2023m; 2023n; 2023o; 2023p; 2023q; 2023r; 2023s; 2023t; 2023u; 2023v; 2023w; 2023x; 2023y; 2023z; 2024a; 2024b; 2024c; 2024d; 2024e; 2024f; 2024g; 2024h; 2024i; 2024j; 2024k; 2024l; 2024m; 2024n; 2024o; 2024p; 2024q; 2024r; 2024s; 2024t; 2024u; 2024v; 2024w; 2024x; 2024y; 2024z; 2025a; 2025b; 2025c; 2025d; 2025e; 2025f; 2025g; 2025h; 2025i; 2025j; 2025k; 2025l; 2025m; 2025n; 2025o; 2025p; 2025q; 2025r; 2025s; 2025t; 2025u; 2025v; 2025w; 2025x; 2025y; 2025z; 2026a; 2026b; 2026c; 2026d; 2026e; 2026f; 2026g; 2026h; 2026i; 2026j; 2026k; 2026l; 2026m; 2026n; 2026o; 2026p; 2026q; 2026r; 2026s; 2026t; 2026u; 2026v; 2026w; 2026x; 2026y; 2026z; 2027a; 2027b; 2027c; 2027d; 2027e; 2027f; 2027g; 2027h; 2027i; 2027j; 2027k; 2027l; 2027m; 2027n; 2027o; 2027p; 2027q; 2027r; 2027s; 2027t; 2027u; 2027v; 2027w; 2027x; 2027y; 2027z; 2028a; 2028b; 2028c; 2028d; 2028e; 2028f; 2028g; 2028h; 2028i; 2028j; 2028k; 2028l; 2028m; 2028n; 2028o; 2028p; 2028q; 2028r; 2028s; 2028t; 2028u; 2028v; 2028w; 2028x; 2028y; 2028z; 2029a; 2029b; 2029c; 2029d; 2029e; 2029f; 2029g; 2029h; 2029i; 2029j; 2029k; 2029l; 2029m; 2029n; 2029o; 2029p; 2029q; 2029r; 2029s; 2029t; 2029u; 2029v; 2029w; 2029x; 2029y; 2029z; 2030a; 2030b; 2030c; 2030d; 2030e; 2030f; 2030g; 2030h; 2030i; 2030j; 2030k; 2030l; 2030m; 2030n; 2030o; 2030p; 2030q; 2030r; 2030s; 2030t; 2030u; 2030v; 2030w; 2030x; 2030y; 2030z; 2031a; 2031b; 2031c; 2031d; 2031e; 2031f; 2031g; 2031h; 2031i; 2031j; 2031k; 2031l; 2031m; 2031n; 2031o; 2031p; 2031q; 2031r; 2031s; 2031t; 2031u; 2031v; 2031w; 2031x; 2031y; 2031z; 2032a; 2032b; 2032c; 2032d; 2032e; 2032f; 2032g; 2032h; 2032i; 2032j; 2032k; 2032l; 2032m; 2032n; 2032o; 2032p; 2032q; 2032r; 2032s; 2032t; 2032u; 2032v; 2032w; 2032x; 2032y; 2032z; 2033a; 2033b; 2033c; 2033d; 2033e; 2033f; 2033g; 2033h; 2033i; 2033j; 2033k; 2033l; 2033m; 2033n; 2033o; 2033p; 2033q; 2033r; 2033s; 2033t; 2033u; 2033v; 2033w; 2033x; 2033y; 2033z; 2034a; 2034b; 2034c; 2034d; 2034e; 2034f; 2034g; 2034h; 2034i; 2034j; 2034k; 2034l; 203

ESTADO CIVIL... SOLTEIRO

NATURALIDADE: NOROCCIDENTAL 194

DOCUMENT ID: A123456789

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 017 184 692-33

THE ELEMENTS:

1999

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 13/09/2010

CONVENTION ON THE PROTECTION OF THE ENVIRONMENT

2014年12月19日

DATE RECEIVED
BY

PAGE

22

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

SCAR

COLLAPSED

228

DISCUSSION

I. E. G. E. Z. 12

03

13 MAR. 2020

TRABALHADOR

Étapa 5 - Sua Carteira de Trabalho - CTP
 criada pelo então Presidente Getúlio Vargas no
 intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1933
 e posteriormente reformulada pelo Decreto nº
 5.432 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. É
 o documento obrigatório para o exercício de
 qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela, deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação seguro de emprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de apotações contido neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro da sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e de seus dependentes, tendo validade também como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FUND. FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP 126.58884.66-6

NÚMERO 5280823

0030



Edilano Gomes P. 1010

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200111148 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILANO GOMES PEIXOTO **Data do acidente:** 16/10/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR DISTAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.
ALTA

Sequelas permanentes: REDUÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200111148 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILANO GOMES PEIXOTO **Data do acidente:** 16/10/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: a

Resultados terapêuticos: a

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

06 MAR. 2020

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Edilano Gomes Peixoto
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	251731
ENDEREÇO:	Av. Saba Cunha N° 941 Jardim Laranã

OUTORGADO

NOME:	Ilan Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	134807 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua Antônio Pinheiro Galvão 1832 Buitis

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 16 / 10 / 2019, cobertura Incendio, vítima: Edilano Gomes Peixoto.

Bao Vinto - RR, 28 / 11 / 2019

LOCAL E DATA



Edilano Gomes Peixoto

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088125/20

Vítima: EDILANO GOMES PEIXOTO

CPF: 017.184.692-33

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 16/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDILANO GOMES PEIXOTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

EDILANO GOMES PEIXOTO : 017.184.692-33

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: 11/03/2020
Nome: EDILANO GOMES PEIXOTO
CPF: 017.184.692-33

EDILANO GOMES PEIXOTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200111148

Vítima: EDILANO GOMES PEIXOTO

Data do Acidente: 16/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDILANO GOMES PEIXOTO

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, 29 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200111148

Vítima: EDILANO GOMES PEIXOTO

Data do Acidente: 16/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDILANO GOMES PEIXOTO

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: EDILANO GOMES PEIXOTO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000026074-9

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: 4 - Nome completo da vítima:

017.184.692-33

Edilano Gomes Peixoto

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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: 6953 CONTA: 260749

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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) ☐ 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 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista - RR, 21/01/2020

Edilano Gomes Peixoto

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035693/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 25/10/2019 10:52

Data/Hora Fim: 25/10/2019 10:53

Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 16/10/2019 14:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Caraná

Logradouro: Rua Joca Faria/Rua Django da Silva

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LARISSA SOARES DE CASTRO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade: 19 anos

Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua França

Bairro: Cauamé

Nº: 376

Nome Civil: EDILANOGOMES PEIXOTO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 35 anos

Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av Sabá Cunha

Bairro: Caraná

Nº: 941

Nome Civil: MARIA DE FÁTIMA ALVES DE AGUIAR (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade: 56 anos

Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av Sabá Cunha

Bairro: Caraná

Nº: 941

Razão Social: POLÍCIA MILITAR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz

Impresso por: Jefferson Inacio Araujo

Data de Impressão: 19/02/2020 10:33

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



13 MAR. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035693/2019-A01

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo CPF/CNPJ do Proprietário 054.052.052-73 Renavam 01178184924 Número do Chassi 9BD341A5XKY596345 Número da Carroceria 74502337 UF Veículo Roraima Marca/Modelo FIAT/MOBI LIKE Veículo Adulterado? Não Situação Meio Empregado Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon Placa NAP5811 Número do Motor 552720663411487 Ano/Modelo Fabricação 2019/2018 Cor BRANCA Município Veículo Boa Vista Modelo FIAT/MOBI LIKE Quantidade 1 Unidade Última Atualização Denatran 11/01/2019
Nome Envolvido Larissa Soares de Castro	Envolvimentos Proprietário
* Grupo Veículo CPF/CNPJ do Proprietário 698.706.242-00 Renavam 00885457021 Número do Chassi 9C2JC30706R877471 Cor PRETA Município Veículo Boa Vista Modelo HONDA/CG 125 FAN Quantidade 1 Unidade Última Atualização Denatran 08/08/2008	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon Placa NAR6665 Número do Motor JC30E76877471 Ano/Modelo Fabricação 2006/2006 UF Veículo Roraima Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN Veículo Adulterado? Não Situação Meio Empregado Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido Edilano Gomes Peixoto	Envolvimentos Depositário

RELATO/HISTÓRICO

FOMOS ACIONADOS VIA CIOPS PARA O ATENDIMENTO DE UMA OCORRÊNCIAS DE ACIDENTE DE TRANSITO NO ENDEREÇO SUPRACITADO. AO CHEGAMOS AO LOCAL A AMBULÂNCIA DO SAMU ESTAVA FINALIZANDO A REMOÇÃO DO SENHOR EDILANO E DE SUA ESPOSA. QUE AMBOS APRESENTAVAM ESCORIAÇÕES NOS MEMBROS INFERIORES.

SEGUNDO A SENHORA LARISSA CONDUTORA DO FIAT MOBI BRANCO DE PLACA NAP 5811, ELA TRAFEGAVA PELA RUA DJANGO DA SILVA SENTIDO CAUAME, QUANDO INVADIU A PREFERENCIAL RUA JOCA FARIAS, MOMENTO EM QUE A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR PRETA DE PLACA NAR 6665, CONDUZIDA PELO O SENHOR EDILANO QUE TRAFEGAVA NA RUA JOCA FARIAS SENTIDO CENTRO, COLIDIU NA LATERAL DO FIAT FIAT MOBI, SINISTRO QUE OCASIONOU AS ESCORIAÇÕES CITADAS E AVARIAS NAS PORTAS LATERAIS ESQUERDAS E PARA-LAMAS ESQUERDO DO VEICULO E DANOS GERAIS NA MOTOCICLETA QUE TRATAVA-SE DE VEICULO PROVENIENTE DE LEILÃO (SUCATA). INFORMO QUE A REFERIDA MOTOCICLETA FOI REMOVIDA PELA EQUIPE 002 DO DETRAN. A PERICIA NÃO FOI ACIONADA, POIS OS VEÍCULOS HAVIAM SIDO REMOVIDOS DO LOCAL DO ACIDENTE. AS PARTES FORAM ORIENTADAS QUANTO AOS PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS. ERA O RELATO

3º SGT CLINGER ROGER OFILA BARBOSA
CADASTRO 47000896
LOCAL: BOA VISTA / RR - 16/10/2019

13 MAR. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035693/2019-A01

ASSINATURAS

Abilenio Almeida Pereira

Agente de Polícia
Matrícula 42000075

Responsável pelo Atendimento

Polícia Militar

(Comunicante)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que daí origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz
Impresso por: Jefferson Inácio Araújo
Data de Impressão: 13/02/2020 10:33
Protocolo nº: Não disponível



Página 3 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

13 MAR. 2020

