
Ortopedia

17 Janeiro

paciente vítima de acidente com moto, SIC,
desenvolvido apresentando edema em
artelhos D, dor local, com imobilização
com tala rígida, sem lesão contusa em MSD.

Além disso, trauma cardíaco com decaída
colúmbio e couro colúmbio, com sintomas
em BEB, suplenho, corado, hídrico,
desenvolvido, LOTE, pulso periferico poliartrite
sem deformidades, dor a movimentação.

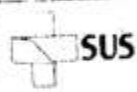
Rx com fratura de ossos do
artelho D. fechado, obliquo, com
angulação medial.

D: Internação para procedimentos
cirúrgicos + tala orilo-palmar. #

AO G para avaliação de lesão
contusa em couro colúmbio.

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1934

Assinatura: Augusto Cavalcante	01 JAN 2011
Az. Brg. 120 / 120 Gomes S.	Dr. Augusto Cavalcante
Assinatura: Augusto Cavalcante	Dr. Augusto Cavalcante



Sistema Único de Saúde
Ministerio da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO

9 - SEXO

MASC

FEM

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

14 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente submetido a exame de raios X de tórax e ultrassom Direito

15 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As Ações

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

Rx + ultrassom

17 - DIAGNÓSTICO INICIAL

18 - CID 10 PRINCIPAL

19 - CID 10 SECUNDÁRIO

20 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Rx raios X tórax

PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

23 - CLÍNICA

24 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

25 - DOCUMENTO

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

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

28 - DATA DA SOLICITAÇÃO

Uderson Roberto

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

29 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

30 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

31 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

32 - CNPJ DA SEGURADORA

33 - CNPJ EMPRESA

34 - Nº DO BILHETE

35 - SÉRIE

36 - CNAB DA EMPRESA

37 - CBOR

38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

39 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

40 - CID 10 ORDEMADOR

41 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

42 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

45 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

0408020423
5574
W499

Paciente: **Antonio Adacir Murussi De Oliveira**

Sexo: Masculino

Nasc: 16/08/1961

Idade: 58 ANO

Solicitação: 20145396

Número Interno:

Solicitante: AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964

Origem: HGR

Setor: BLOCO A

Leito: 119-1

Data de Emissão: 21/11/2019 17:42

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 2014539601

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

TEMPO DE PROTROMBINA

RNI

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

RATIO

Resultado

12,30 seg

0,78

31,20 seg

1,15

Referência

10,0 - 14,0 seg

0,8 - 1,2

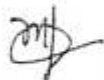
25,0 - 39,0 seg

0,75 - 1,22

Notas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica.

Amostras coletadas sob circunstância estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.


Mª José S. Gomes
Bioquímico
CRF-RR 409

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cuzino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160
Obs. Liberação do resultado mediante senha pessoal

21/11/2019 18:40

(*) Retificado
Página 1 de 3



Hospital Geral de Roraima
0xx95) 2121 0640
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DO BRASIL E DO MUNDO"

Paciente: **Antonio Adacir Murussi De Oliveira**

Sexo: Masculino

Nasc: 16/08/1961

Idade: 58 ANO

Solicitação: 20145396

Número Interno:

Solicitante: AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964

Origem: HGR

Setor: BLOCO A

Leito: 119-1

Data de Emissão: 21/11/2019 17:42

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 2014539602

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado

0.76 mg/dL

Referência

0.7 - 1.4 mg/dL

Notas

Creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas.

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

22.40 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL

Sergio A. L. Martins
Bioquímico - CRF/RR 006
006

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

21/11/2019 18:40

(*) Retificado
Página 2 de 3



Hospital Geral de Roraima
0xx95) 2121 0640
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU
Secretaria de Saúde



GOVERNO
DE RORAIMA



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DO BRASIL 1990"

Paciente: Antonio Adacir Murussi De Oliveira

Solicitação: 20145396

Número Interno:

Origem: HGR

Data de Emissão: 21/11/2019 17:42

Nasc: 16/08/1961

Idade: 58 ANO

Sexo: Masculino

Solicitante: AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964

Setor: BLOCO A

Leito: 119-1

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 2014539603

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS

NEUTRÓFILOS

LINFÓCITOS

MONÓCITOS

EOSINÓFILOS

BASÓFILOS

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS

HEMOGLOBINA

HEMATÓCRITO

VCM

HCM

CHCM

RDW CV

RDW SD

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS

PM

ADP

PCT

Resultado

6.21 x10³/uL

65.10 %

25.30 %

4.40 %

4.10 %

1.10 %

4.88 x10⁶/uL

15.70 g/dL

45.90 %

94.10 ug/L

32.30 pg

34.30 g/dL

11.60 %

45.80 fL

253.00 x10³/uL

9.70 fL

16.50

0.245 %

Referência

4.0 - 10.0 x10³/uL

50.0 - 70.0 %

20.0 - 40.0 %

3.0 - 12.0 %

0.5 - 5.0 %

0.0 - 1.0 %

4.32 - 5.52 x10⁶/uL

13.5 - 18.0 g/dL

40.0 - 50.0 %

87.0 - 103.0 ug/L

27.0 - 34.0 pg

32.0 - 37.0 g/dL

11.0 - 16.0 %

35.0 - 56.0 fL

150.0 - 400.0 x10³/uL

6.5 - 12.0 fL

9.0 - 17.0

1.08 - 2.82 %

M. José S. Gomes
Bióquímico
CRF-RR 409

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

21/11/2019 18:40

(*) Retificado
Página 3 de 3



Hospital Geral de Roraima
0xx95) 2121 0640
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Dr. *Antônio Nilton*
Dr. *Cláudio*

Data *22, 11, 19* OS *_____*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *fratura radio e ulna D. & fratura com rts*
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: *Redução e fixação com D.*
TÍPO DE INTERVENÇÃO: *Ab. Cirúrgica*
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: *_____*
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: *_____*
CIRURGIÃO: *Antônio Nilton* 1º AUXILIAR: *Pedro*
2º AUXILIAR: *Gustavo* INSTRUMENTADORA: *Cláudio*
3º AUXILIAR: *_____* ANESTESIA: *_____*
ANESTESISTAS: *_____* ANESTÉSICO: *_____*
INÍCIO: *_____* FIM: *_____* DURAÇÃO: *_____*

Dr. Pedro
084 RR 1615
Cópia para
Arquivo

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Redução do fr. por meio de
2) Reparo do anti-sepsia e lavagem profunda
3) Incisão lateral, tubul. em topografia de
ulna 4) Divisão do per. 5) Redução de
fratura com fratura completa e fratura
com 6) Colocação de placa de 8 furos com 2
e 1 furo por 2 metades com 1 furo e 1 furo
7) Incisão de Thompson em sup. de topografia
de M. ul. e de M. per. 8) Redução de fratura



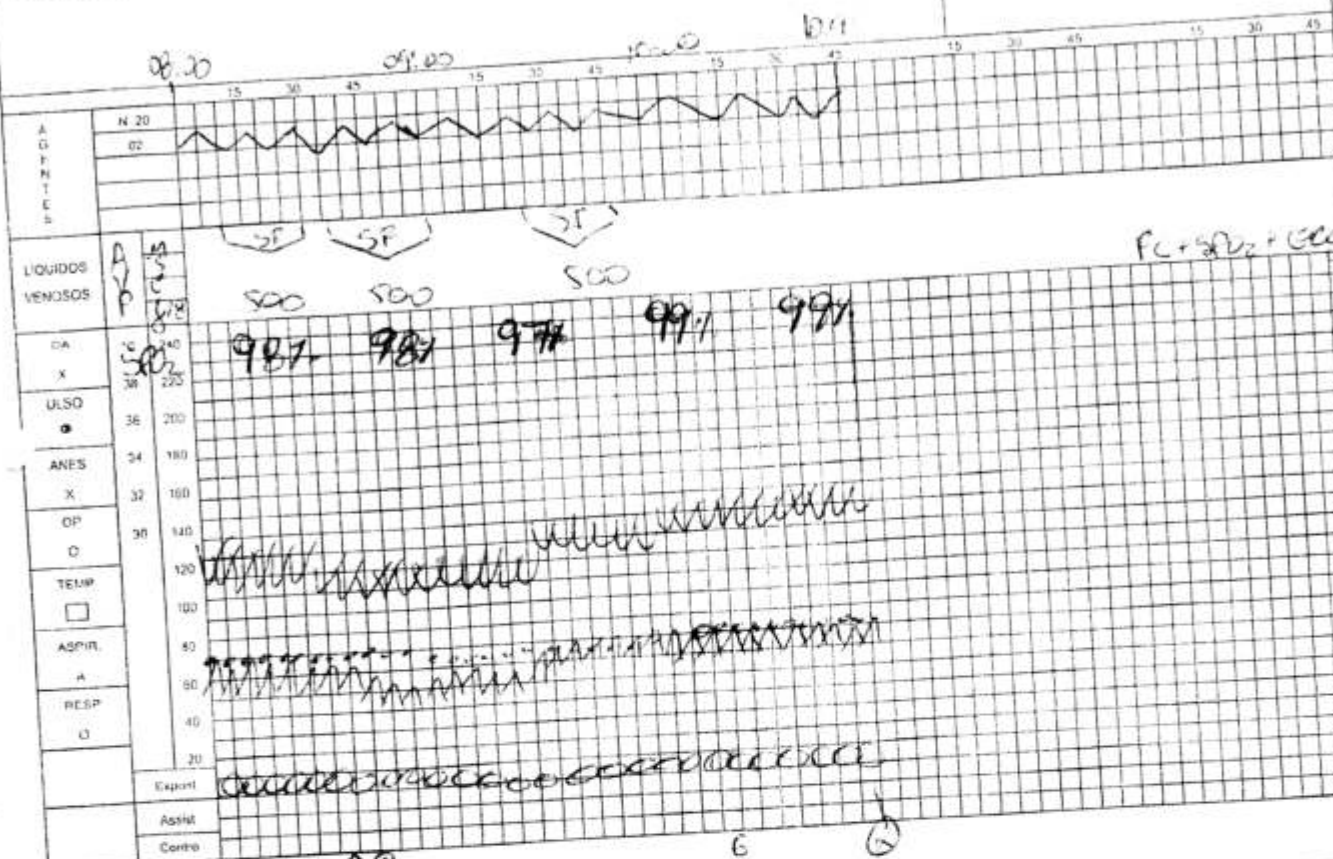
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Antônio Adnan Moura de O. Junior, ROR

22.11.19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO



SÍMBOLOS

1 2 3 4 5
SÍMBOLO
SÍMBOLO

AGÊNCIAS	DOSES	TÉCNICA
A Fontaine 100mg		Blockade de Ponto Injeção
B Midazolam 5mg		Suave sedação durante
C Ropivacaine 150mg		Controlada por via oral
D Lidocaine 100mg		Intubação espontânea
E		
F		
G		
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula Nasal (Oxi Cateter)
NDOO		Naso / Oxi Cateter - Cópia
SANGUE		Rol - Tamp - Centro do Tubo
		Sol. Marmara
		Oxi Cateter Têxtil
		TEMPO DE ANESTESIA

ANOTAÇÕES

1. Monitorização com check list
2. Sedação: } - Fontaine
 } - Midazolam
3. bloqueio de Ponto Injeção durante com Ropivacaine 0,75% 150mg + Lidocaine 0,75% 100mg
4. ventilação 2g IV
5. Cetorolol 100mg IV

TOTAL	1500mg
OPERAÇÃO	- artroscopia de ULN direita
ANESTESIA	Dra. Moura
CÓDIGO	Dr. J. J. J.

Larango - Espasmo - Excesso Sêco Depressão Respiratória - Hipoxia "Buckley" - Vômito	Hemorragia - Arritmia Bradi Taquicardia - Choque
--	---

PERDA SANGÜEA

Dr. Carlos Jr - R

Bruno Thiago DE MINGO
MÉDICO
CRM-RR-1025

6. Hidrocarbon 20mg IV
7. SPM



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO		Nº DO PRONTUÁRIO		DATA	
Antonio Adacir Murumú D. Junior		119-1		00375228		22 11 19	
CIRURGIA				TEMPO DE DURAÇÃO			
TIPO				INICIO		FIM	
Osteossíntese de fratura de antebraço				08:50		11:00	
EQUIPE MÉDICA				TEMPO TOTAL			
CIRURGIÃO		ANESTESISTA		Dr. Sismim			
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		Res. Carlos			
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR					
Res. Pablo		CIRCULANTE		Ivandi + Silvia			
Res. Adinachi							
TIPO DE ANESTESIA: BFB				TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR		
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 50 ml			
<input type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO			
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO			
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº			
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0		<input type="checkbox"/>	FIO MONONYLON Nº 2.0			
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº			
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº			
<input checked="" type="checkbox"/>	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			GELA PROSSO			
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML			REL CAPARATA Nº			
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML			GEOFOAM Alcool			
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA Povidine Topico			
<input checked="" type="checkbox"/>	Elctrodos		<input checked="" type="checkbox"/>	OUTROS: Cateter O2			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR	
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS			
		Enka +		SUB- TOTAL			
		Bruno		TAXA DE SALA			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE ANESTESIA			
				SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE							

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Paciente: ANTONIO ARAUJO MUNDISI DE O SR
 Assunto: Ampliação de U.D.E.S.R

Anestesiista: Dr. YasminLocal: QUADRA 100 (SALA OPERATORIA)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E EQUIPE:

- ☒ Identificação
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
☒ Consentimento verbalizado

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

- ☒ Anestesiista
☒ Não se aplica

IDENTIFICAÇÃO DO EQUIPAMENTO:

- ☒ Sim
☒ Não se aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA:

☒ OK

EXAME DE PULSO NO PACIENTE EM:

☒ OK

ALERGIA CONHECIDA:

- ☒ Não
☒ Sim, Qual:

ALERGIA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO:

- ☒ Não
☒ Sim, e equipamento/assistência disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml:

- ☒ Não
☒ Sim, e equipamento/assistência disponível

Assinatura: CPL Hora: 22:41:19

Assinatura e Carimbo

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
 OPERAÇÕES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E EQUIPE:

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO

REGISTRADO

- ☒ Sim
☒ Não

3- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
 CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
 ESTÃO CORRETAS

- ☒ Sim
☒ Não se aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA
 PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA
 INCLUINDO O NOME DO PACIENTE

- ☒ Sim
☒ Não se aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
 PARA SER RESOLVIDO

- ☒ Sim
☒ Não

(4) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A

EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM

PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A

RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

- ☒ Sim
☒ Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☒ Sim
☒ Não se aplica

Nome: Antônio Adas Muriel Junior

Data de Nasc: 24/10/99 Idade: 22 Setor/Leito: 202
Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (X) Não
Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim (X) Não
SRPA

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (X) Não				Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (X) Não											
DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (X) Não				Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (X) Não											
DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (X) Não				Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (X) Não											
DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (X) Não				Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (X) Não											
Cirurgia Proposta: Exatidão				Entrada na Sala: 7:20				Início da Anestesia: 8:35				Início da Cirurgia: 8:50				Término da Cirurgia: 11:30				Término da Anestesia: 11:30			
1. Informações:				Localização:				Localização:				Localização:				Localização:							
Jejum: (X) Sim () Não				Jejum: (X) Sim () Não				Jejum: (X) Sim () Não				Jejum: (X) Sim () Não				Jejum: (X) Sim () Não							
Pré-teste: () Sim (X) Não				Pré-teste: () Sim (X) Não				Pré-teste: () Sim (X) Não				Pré-teste: () Sim (X) Não				Pré-teste: () Sim (X) Não							
Exames: (X) Sim () Não				Exames: (X) Sim () Não				Exames: (X) Sim () Não				Exames: (X) Sim () Não				Exames: (X) Sim () Não							
Reserva UTI: () Sim (X) Não				Reserva UTI: () Sim (X) Não				Reserva UTI: () Sim (X) Não				Reserva UTI: () Sim (X) Não				Reserva UTI: () Sim (X) Não							
PRE: () Sim (X) Não				PRE: () Sim (X) Não				PRE: () Sim (X) Não				PRE: () Sim (X) Não				PRE: () Sim (X) Não							
Alergia: () Sim (X) Não				Alergia: () Sim (X) Não				Alergia: () Sim (X) Não				Alergia: () Sim (X) Não				Alergia: () Sim (X) Não							
Qual:				Qual:				Qual:				Qual:				Qual:							
Reserva de Hemoderivado:				Reserva de Hemoderivado:				Reserva de Hemoderivado:				Reserva de Hemoderivado:				Reserva de Hemoderivado:							
Outros:				Outros:				Outros:				Outros:				Outros:							
2. Chegou ao Centro Cirúrgico:				2. Chegou ao Centro Cirúrgico:				2. Chegou ao Centro Cirúrgico:				2. Chegou ao Centro Cirúrgico:				2. Chegou ao Centro Cirúrgico:							
(X) Desambulando				(X) Desambulando				(X) Desambulando				(X) Desambulando				(X) Desambulando							
(X) Consciente				(X) Consciente				(X) Consciente				(X) Consciente				(X) Consciente							
() Com Suporte de O2				() Com Suporte de O2				() Com Suporte de O2				() Com Suporte de O2				() Com Suporte de O2							
() TOT				() TOT				() TOT				() TOT				() TOT							
() Agitado				() Agitado				() Agitado				() Agitado				() Agitado							
3. Sinais Vitais:				3. Sinais Vitais:				3. Sinais Vitais:				3. Sinais Vitais:				3. Sinais Vitais:							
T: 36,5 °C				T: 36,5 °C				T: 36,5 °C				T: 36,5 °C				T: 36,5 °C							
R: 18 rpm				R: 18 rpm				R: 18 rpm				R: 18 rpm				R: 18 rpm							
FC: 71 bpm				FC: 71 bpm				FC: 71 bpm				FC: 71 bpm				FC: 71 bpm							
PA: 118 x 73 mmHg				PA: 118 x 73 mmHg				PA: 118 x 73 mmHg				PA: 118 x 73 mmHg				PA: 118 x 73 mmHg							
SAT: 100 %				SAT: 100 %				SAT: 100 %				SAT: 100 %				SAT: 100 %							
(X) Regular () Irregular				(X) Regular () Irregular				(X) Regular () Irregular				(X) Regular () Irregular				(X) Regular () Irregular							
4. Anotações (Admissão do Paciente):				4. Anotações (Admissão do Paciente):				4. Anotações (Admissão do Paciente):				4. Anotações (Admissão do Paciente):				4. Anotações (Admissão do Paciente):							
Paciente:				Paciente:				Paciente:				Paciente:				Paciente:							
Exatidão				Exatidão				Exatidão				Exatidão				Exatidão							
Exatidão				Exatidão				Exatidão				Exatidão				Exatidão							
Exatidão				Exatidão				Exatidão				Exatidão				Exatidão							
Exatidão				Exatidão				Exatidão				Exatidão				Exatidão							
Exatidão				Exatidão																			



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: _____

Dih

DN

PACIENTE:

DIAGNÓSTICO:

ALERGIAS:

IDADE:

HAS

DM2

LEITO

DATA

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	Manuten
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12.30-08
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	16.30-5
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5	
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA	DS
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	SN
10	<i>Clinidoxilina 600mg EV 8/8h</i>	<i>12.30-08</i>
11	<i>P. 1000 300mg EV 12/12h</i>	<i>12.30-08</i>
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
20	SSVV + CCGG 6/6 H	
21	CURATIVO DIÁRIO	

SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SCI) CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI, 251-300 4UI, 301-350 6UI, 351-400 8UI, ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

II EXAME FÍSICO: BEG, ADIACÔNICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉRICA - SEM QUEIXAS ALGAS.

7. SOLICITADO :

CONDOTA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	138 x 72	63		300
18 H	122 / 72	74		350
24 H	150 / 80	71		

och 128170 71 357

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

22 Paciente acamada no
33 leito Administrativo do
19 medleito de homens
Ao 5:30h quinta-sei de
do intensa administrada em
"5" CPM 7500
Celervania da C. Lima
Técnica de Enfermagem
4-218-775

4035 Retorno do C.C. às 12:20,
com taxa de 100 AVP de M⁵⁰ @.
M⁵⁰ @ imobilizado. Sem queixas
neste período.

119-1


HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																															
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																															
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																															
PRESCRIÇÃO MÉDICA																															
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN																												
PACIENTE	<i>Antônio José da Silva</i>																														
AGNÓSTICO	<i>JA</i>																														
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA																											
IDADE	LEITO	1121	DATA	23/11/13																											
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO																											
1	DIETA ORAL LIVRE			SN																											
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			Monte																											
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			SN																											
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			08																											
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			06																											
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN																											
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM			06																											
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			08																											
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			08																											
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H			06																											
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H			08																											
12	<i>Filipe 20mg EV 12/12h</i>			08																											
13																															
14																															
15																															
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN																											
17	SSVV + CCGG 6/6 H			08																											
18	CURATIVO DIÁRIO			08																											
19																															
20																															
21																															
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p>EVOLUÇÃO MÉDICA: # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:</p>																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">SINAIS VITAIS</th> <th rowspan="2">MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>170/100</td> <td>72</td> <td>-</td> <td>36</td> <td rowspan="3"></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>150/90</td> <td>77</td> <td>-</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>140x80</td> <td>79</td> <td></td> <td>36.5</td> </tr> </tbody> </table>					SINAIS VITAIS					MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	6 H	PA	FC	FR	T	12 H	170/100	72	-	36		18 H	150/90	77	-	36	24 H	140x80	79		36.5
SINAIS VITAIS					MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																										
6 H	PA	FC	FR	T																											
12 H	170/100	72	-	36																											
18 H	150/90	77	-	36																											
24 H	140x80	79		36.5																											

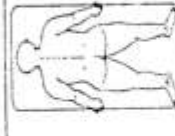
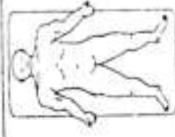



18h Paciente com queixas, acuta com
medicações prescritas, segue aos
cuidados da enfermagem.

Diene Schifano Ferreira Diniz
COREN-RR 876.689-TE

Plantas noturnas, admi-
nistração de medicação
prescrita, segue
aos cuidados da enfermagem.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <u>Antonio Junior</u>	Data: <u>23/11/19</u>		
Leito: <u>119-1</u>					

Localização			Região: <u>coxa</u> Grau: I () II (✓)			Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____					
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____					
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____					
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____					
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco					
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%					
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____					
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h				
Profissional que realizou procedimento:						
Observações:						



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ANTONIO ADACIR MURUSSI DE OLIVEIRA JUNIOR				
AGNÓSTICO	FRATURA DOS OSSOS DE ANTEBRAÇO DIREITO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	119-1	DATA	24/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MAJOL
3	SF 0.9% 500ML EV (S/N)				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6 (S/N)				
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h				MT 2x100
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1x DIA				Q6
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H (S/N)				
10	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H				MT 2x100
11					
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
17	SSVV + CCGG 6/6 H				
18	CURATIVO DIÁRIO				
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA
200-250 2UI; 251-300 4UI; 301-350 6UI; 351-400 8UI; ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEitado NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE.
EXAME FÍSICO: B.G., ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, LUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DIA
6/11/19 A NOITE EM DRENAGEM DE SECREÇÃO PURULENTA DE COTOVELO E BRACO
DIREITO, SEGUE SEM QUEIXAS, COM MELHORA DO ARCO DE MOVIMENTO DE
COTOVELO DIREITO

25/11/19 PA=115/73
FC=68 T=36.4

Dr. Danilo Okemir
Médico
CRM-RR 1851

SINAIS VITAIS


6 H	PA	FC	FR
12 H	135/80	73	19
18 H	135/80	69	20
24 H	129/83	79	

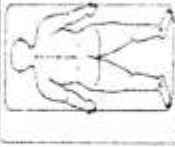
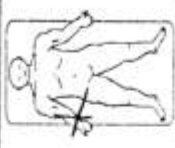
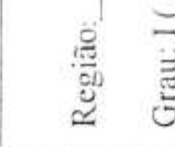
DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

O item do não realizado
por não ter no selo.

Maricelina Sampaio Ferreira
COREN-RR 754419 TE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas –	Paciente: Antônio Adaei			
	HGR	Leito: 119.1	Data: 24/11/19		

Localização			Região: MGD		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I () II (X)	Grau: I () II ()	
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros: <u>Hu. limpo</u>	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros:			
Pele Periferecional	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%			
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:					
Observações:					



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ANTONIO ADACIR				
AGNÓSTICO	FX ANTEBRAÇO D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	119-1	DATA	25/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SN
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h				14 22 06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				7 SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				24 06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				22 10
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
17	SSV + CCGG 6/6 H				06
18	CURATIVO DIÁRIO				06
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

#EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DIA
6/11/19 A NOITE CM DRENAGEM DE SECREÇÃO PURULENTE DE COTOVELO E BRACO
DIREITO, SEGUE SEM QUEIXAS, COM MELHORA DO ARCO DE MOVIMENTO DE
COTOVELO DIREITO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

DR. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - RR 2028



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Antonio A. Silva 20 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 24/11/17 COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de fêmur

NO DIA 24/11/17 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fratura de fêmur SENDO

OPERADO PELO DR. Dr. Pedro de S. Fausto E DR. Dr. J. C. Silva

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 25/11/17 ÀS 10:00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 25/11/17 ÀS 10:00 COM O
DR. Dr. J. C. Silva

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. Dr. Pedro de S. Fausto

BOA VISTA, 25/11/17

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

MÉDICO



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ANTONIO ALDACIR MURUSSI				
AGNÓSTICO	FX ANTEBRAÇO D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	65	DATA	09/10/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				
5					
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT				
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				
11					
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
17	SSVV + CCGG 6/6 H				
18	CURATIVO DIÁRIO				
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUITA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

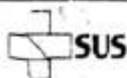
SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
CRM-RR 2028

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Utha 10/09/19



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

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente vítima de acidente com moto, deslocado, com fratura de omó e antebraço D. (Diapal)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As Acima

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

Rx + exame físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. 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)

0308010019
T068
5529 V299

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Antônio Adair M. de Oliveira - Genitor				
AGNOSTIC	12 anos de idade				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	10	LEITO	65	DATA	6/10/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				1 x 1
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				12h CRIS
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12h CRIS
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				12h
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				12h
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				12h
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				12h (2) (2) (6)
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				12h CRIS
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				12h CRIS
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				12h
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12h
13	SSVV + CCGG 6/6 H				12h
14	CURATIVO DIÁRIO				12h
15	Nidall 20mg EV de 12/12h				12h
16					
17					
18					
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

NIR
 Regulado
 para leito
 BLA 65
 Regulação Intern



SINAIS VITAIS			
6 H	120x80	FC 85	FR 35
12 H	132x75	58	36°C
16 H	125x69	68	36,5°C
24 H	120x70	85	35,3°C

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

9:00 PP: 139 x 49
 FC: 92

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
 Novo Planalto - RR (69.211-1-000)
 AUTENTICAÇÃO
 06/10/2019
 Shere
 Certifico e Deito que a presente
 é uma cópia verdadeira e original
 do documento original.

65

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO	DIH
DN	

PACIENTE	ANTONIO ALDACIR MURUSSI
----------	-------------------------

AGNÓSTICO	FX ANTEBRAÇO D
-----------	----------------

ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
----------	-----	------	-----	------

IDADE	LEITO	65	DATA	07/10/2019
-------	-------	----	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	atenção
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	> SN
5		
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	> SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	OK
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	14 23 09
11		

12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
18	CURATIVO DIÁRIO	DIÁRIO
19		
20		
21		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA




EVOLUÇÃO MÉDICA:

- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
- # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
- # SÓLICITADO:
- # CONDUTA: MANTIDA
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
- # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO CRM-RR 2028 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	PA	FC	FR	
12 H	150x90	85	17	
18 H	131/94	68	18	
24 H	127/96	70	20	

12:00h. Afetado SSVV, Célia
 adm. Tenaxian 30g CPM anteriores.
 Instilado Tornerinha.

65

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
------------------	--	-----	--	----	--

PACIENTE	ANTONIO ALDACIR MURUSSI				
----------	-------------------------	--	--	--	--

AGNÓSTICO	FX ANTEBRAÇO D				
-----------	----------------	--	--	--	--

ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
----------	--	-----	------	-----	------

IDADE		LEITO	65	DATA	08/10/2019
-------	--	-------	----	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SNV
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	Mante
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5		
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	26
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	14 22 00 NTF
11		

12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	notu
18	CURATIVO DIÁRIO	~
19		
20		
21		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

06:00 20x80 57 19 36,5

SINAIS VITAIS					Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO CRM-RR 2028 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	PA	FC	FR		
12 H	150 x 80	70	18	36,5	
18 H	117 x 71	79	20	36,0	
24 H	120 x 70	75	20	36,0	

As 12:00h Paciente no leito, Afonso do sou, realizando cuidados de enfermagem: segue sem queixas
 Rosilene Garcia P. Menden
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RR 552.039-TE

paciente no leito, realizado SNE e medicação
 Diurase 40mg
 Tremade Campos dos Santos
 Téc. de Enfermagem
 COREN-RR 121.170

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

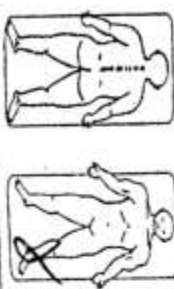
Atualizada: 12/2018

Paciente: *Antônio Olain*

Leito: *65*

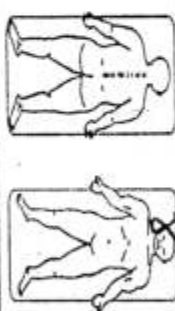
Data: *08/10/13*

Localização



Região: *MTL*

Grau: *I (X) II (X)*



Região: *colheira*

Grau: *I (X) II (X)*

Etiologia

Aparência do

Leito

Pele Perilesional

Tipo de Exsudato

Quantidade de

Exsudato

Solução de

Limpeza

Cobertura

primária

Troca

Profissional que

realizou

procedimento:

Observações:

Bea Sofia Carlos
Enfermagem
COEN-RR 367.172

Emiliana do N. Silva
Enfermagem
COEN-RR 367.172

Bea Sofia Carlos
Enfermagem
COEN-RR 367.172

Emiliana do N. Silva
Enfermagem
COEN-RR 367.172

66



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Anderson Aldemar 19 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 06/10/19 COM
DIAGNÓSTICO DE L. V. Antebraço (D)

NO DIA 1/11 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
_____ SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 07/10/19 ÀS 10:00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 1/11 ÀS _____, COM O

DR. Victorino da Silva 06/11/19 15

ORIENTAÇÕES GERAIS:

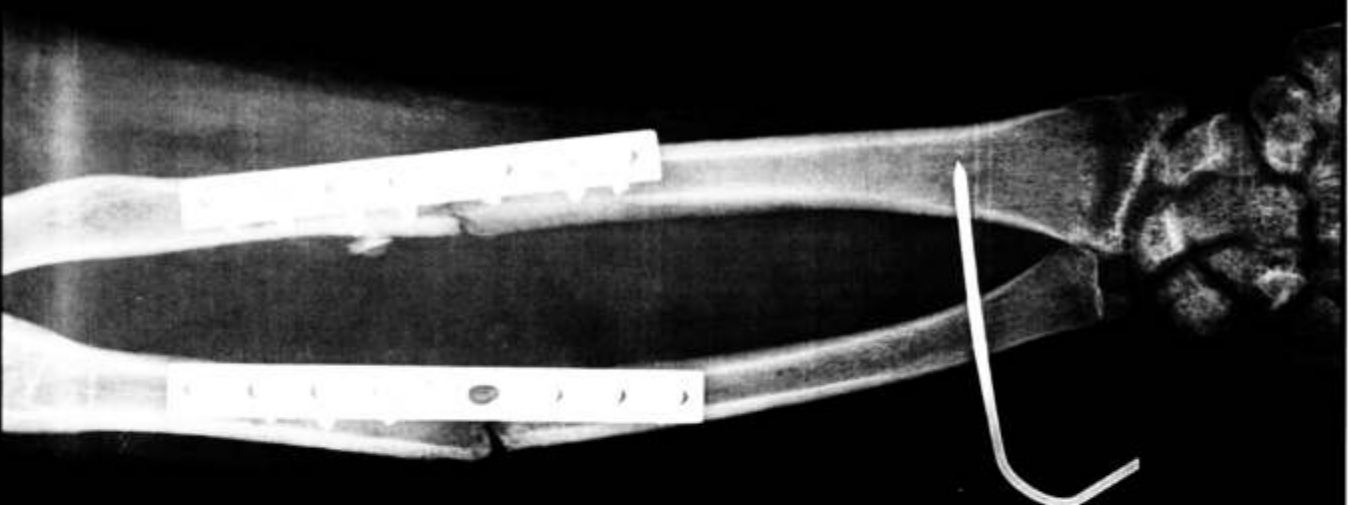
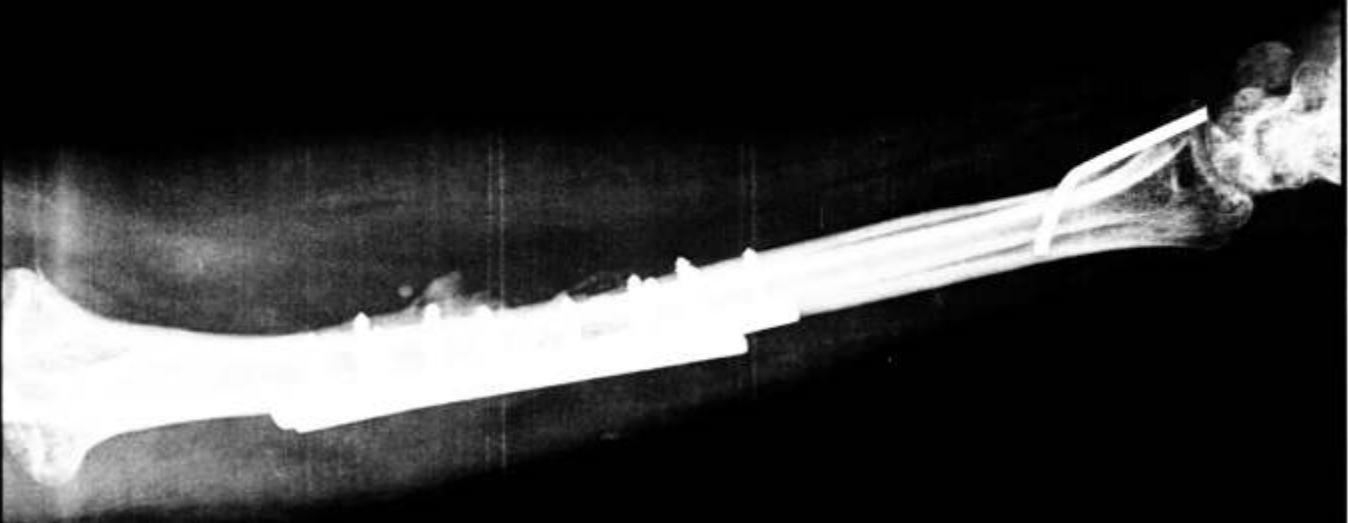
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. M. Amack

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2024

BOA VISTA, 07/10/19

MÉDICO



ANTONIO ODACIR M OLIVEIRA 14373
HOSPITAL CORONEL MOTA

18/12/2019

Wilson

65.5%

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS** 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 ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações 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 de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

ESTA CARTEIRA CONTÉM 34 PÁGINAS NUMERADAS



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

151.64395.73-1

NÚMERO

0474250

SERIE

A01

RR

[Assinatura]

ASSINATURA DO TITULAR

COLECIONAR DIREITO



02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

FILIAÇÃO: ROSARIO MUJICA SORILLA

NASCIMENTO: 15/03/1985

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NACIONALIDADE: VENEZUELA

DOCUMENTO: PROTOCOLO PP-08115001840/2019-05/04/2019

RNE: BASE LEI 10.274 ART. 21, § 8º

MODALIDADE: 713.375.381-24

VALIDADE: 30/05/2019

LOCAL DE EMISSÃO: SRTERR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO: 28/09/2019

[Assinatura]

ASSINATURA DO TITULAR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE
DOCUMENTO

PARA

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

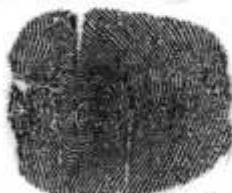
LEGENDA

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

SANTA INÊS - MA

CCC-ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

825.396.343-20

2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Polícia Político-Administrativa da Polícia Civil
Diretor de ROR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS** 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 ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações 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 de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTÉM 34 PÁGINAS NUMERADAS



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

151.64395.73-1

NÚMERO

0474250

SÉRIE

A01

UF

RR

[Assinatura]

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

FILIAÇÃO: ROSARIO MUJICA SORILLA

NASCIMENTO: 13/10/1985

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NACIONALIDADE: VENEZUELA

DOCUMENTO: PROTOCOLO PF 08115001841201856 - 30/09/2018

RNE: BASE LEI N. 0474 ART. 21 § 1º

MODALIDADE: 713 375 301 24

CPF: 713 375 301 24

VALIDADE: 30/09/2018

LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/RR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO: 20/09/2018

[Assinatura]

ASSINATURA DO TITULAR

SECRETARIA Regional de Trabalho e Emprego-RR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE

PARA

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

P F

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL E NOTARIO

P F



SOBRENOME:
CARRERA MUJICA

NOME:
ARGELIO JOSE

DATA DE NASCIMENTO: 13/10/1985 **SEXO:** M

FILIAÇÃO:
ELIONAY JOSE CARRERA SANTAMARIA
ROSARIO JOSEFINA MUJICA ZORRILLA

NACIONALIDADE: VENEZUELA **VALIDADE:** 12/03/2021

RNM
F079184-G

para a validade de assinatura, consulte o site do CNJ
ASSINATURA DO TITULAR



Número
713.375.381-24

Nome
ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

Nascimento
13/10/1985

CÓDIGO DE CONTROLE
532E.198E.D650.0CCB

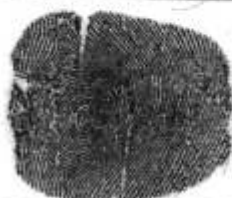


Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:41:34 do dia 30/06/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

825.396.343-20

2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI

Polícia Federalizada do Estado de Roraima
Diretor de DDE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0068608/20

Vítima: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

CPF: 713.375.381-24

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 03/11/2019

Titular do CPF: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA : 713.375.381-24

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: 20/02/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/02/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114534/20

Vítima: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

CPF: 713.375.381-24

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 03/11/2019

Titular do CPF: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA : 713.375.381-24

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: 14/04/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/04/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação:

09/03/20

Nome do beneficiário:

Angelio José Carneiro Muiça

CPF do beneficiário:

713.375.381-24

Nome do solicitante:

William Gonçalves Franco

CPF do solicitante:

825.336.343-20

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 99113-3855

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: WFRANCO992@gmail.com

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

09/03/2020 - Boa Vista / RR

Local e Data

William Gonçalves Franco

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200147062 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA **Data do acidente:** 03/11/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO E ULNA DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 2/7/9/10/13 _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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200147062 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA **Data do acidente:** 03/11/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO E ULNA DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 2/7/9/10/13 _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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME:

NACIONALIDADE:

PROFISSÃO:

CPF

BAIRRO:

CEP

ESTADO CIVIL:

RG: F079184-6

ENDEREÇO: Rua Purimato, 512

CIDADE: Boa Vista

VITIMA:

CPF: 713.375.381-24

DATA DO ACIDENTE: 03/11/19

NATUREZA: () DAMS

(x) INVALIDEZ

() MORTE

OUTORGADA:

NOME:

NACIONALIDADE:

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

Nº. DO RG:

DATA DE EMISSÃO:

Nº. DO CPF:

ENDEREÇO:

ORGÃO EMISSOR:

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidadez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, junto a DELEGACIA, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista/RR, 06 de Dezembro de 20 19



ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME:

NACIONALIDADE:

PROFISSÃO:

CPF

BAIRRO:

CEP

Angelio Jose Carrera Mexica

Venezuelano

Pedreiro

713.375.381-24

Jardim Primavera

69.314-226

ESTADO CIVIL:

RG: F079184-6

ENDEREÇO: Rua Purimato, 512

CIDADE: Boa Vista

VITIMA:

CPF:

NATUREZA: () DAMS

(x) INVALIDEZ

() MORTE

Angelio Jose Carrera Mexica

713.375.381-24

DATA DO ACIDENTE: 03/11/19

OUTORGADA:

NOME:

NACIONALIDADE:

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

Nº. DO RG:

DATA DE EMISSÃO:

Nº. DO CPF:

ENDEREÇO:

William Goncalves Franco

Brasileiro

Solteiro

Perito

239717

13/10/16

825.396.343-20

Rua A-11, 291 - Lavoura Mourina

ORGÃO EMISSOR: SESPIRR

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalididade, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, junto a DELEGACIA, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista/RR, 06 de Dezembro de 2019



ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0068608/20

Vítima: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

CPF: 713.375.381-24

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 03/11/2019

Titular do CPF: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA : 713.375.381-24

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: 20/02/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/02/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114534/20

Vítima: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

CPF: 713.375.381-24

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 03/11/2019

Titular do CPF: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA : 713.375.381-24

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: 14/04/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/04/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200147062

Vítima: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

Data do Acidente: 03/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

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, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200147062

Vítima: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

Data do Acidente: 03/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000027017-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200147062 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA **Data do acidente:** 03/11/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO E ULNA DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 2/7/9/10/13 _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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200147062 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA **Data do acidente:** 03/11/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO E ULNA DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 2/7/9/10/13 _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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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: 713.375.381-24 3 - CPF da vítima: 713.375.381-24 4 - Nome completo da vítima: Georgio José Porteira Mufico

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

5 - Nome completo: Georgio José Porteira Mufico 6 - CPF: 713.375.381-24
7 - Profissão: Gerente Geral 8 - Endereço: Rua Curimatá 9 - Número: 512 10 - Complemento:
11 - Bairro: Parque Primavera 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-226
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 95 99113-5855

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: 0953 CONTA: 27017 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista RR 10 de Fevereiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 713.375.381-24 3 - CPF da vítima: 713.375.381-24 4 - Nome completo da vítima: Diogo José Corrêa Mufico

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

5 - Nome completo: Diogo José Corrêa Mufico 6 - CPF: 713.375.381-24
7 - Profissão: Engenheiro de Segurança 8 - Endereço: Rua Lima Duarte 9 - Número: 512 10 - Complemento:
11 - Bairro: Jardim Primavera 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 67.314-236
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 95 99113-5855

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: ITAÚ
AGÊNCIA: 6953 CONTA: 27017 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista RR 10 de Fevereiro de 2020

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
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038645/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/02/2020 10:10 Data/Hora Fim: 07/02/2020 10:30
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP Nº 094591-J Data: 03/11/2019
Delegado de Polícia: Miriam Di Manso

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 03/11/2019 19:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: União
Logradouro: AV.RUY BARAÚNA

Nº: 1966

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
53: INJÚRIA (ART. 140 CAPUT DO CPB)	Não Houve
559: VIAS DE FATO (ART. 21 DA LCP)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GUSMERLI CARDINA SILVA DE PABLOS (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Venezuelana Sexo: Feminino Idade: 35 anos
Estado Civil: União Estável

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: GIDEÃO Nº: 247
Bairro: CAMBARÁ

Nome Civil: ARGELIO JOSÉ CARRERA MUJICA (ENVOLVIDO , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Venezuelana Sexo: Masculino Nasc: 13/10/1985 Idade: 34 anos
Naturalidade: SUCRE / CARRIGAL Profissão: Pedreiro
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Rosario Josefina Mujica Zorrilla Nome do Pai: Elionay Jose Carrera Santamaria

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: CURIMATÁ Nº: 502
Complemento: APTO 03
Bairro: JARDIM PRIMAVERA
Telefone: (95) 99172-1159 (Celular)

Nome Civil: JOSÉ ALEJANDRO ARIZA MORENO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Venezuelana Sexo: Masculino Idade: 33 anos
Estado Civil: Solteiro(a)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038645/2019-A01

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: BETEL
Bairro: CAMBARÁ

Nº: 825

Nome Civil: CHARLES MADEIRA DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 43 anos
Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 381518-8

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: ALFERES PAULO SALDANHA
Bairro: SÃO FREANCISCO

Nº: 843

Nome Civil: DULVIS ILITZA MATO IDROGO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Venezuelana Sexo: Feminino Idade: 35 anos
Estado Civil: União Estável

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: BETEL
Bairro: CAMBARÁ

Nº: 825

Nome Civil: RUBEN DÁRIO FERNANDEZ UTCHES (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 34 anos
Estado Civil: União Estável

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 160363348

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: GIDEÃO
Bairro: CAMBARÁ

Nº: 247

Nome Civil: TAMIRES LEANDRO DA SILVA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade: 26 anos
Estado Civil: União Estável

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 381518-8

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: AMANCIO FERREIRA DE LUCENA
Bairro: ASA BRANCA

Nº: 919

Nome Civil: WENERSON FRANCO DOS SANTOS (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 38 anos
Estado Civil: Solteiro(a)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038645/2019-A01

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 191736

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: PJ

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Carlos Braga - Sgt Pm

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A guarnição da PM comunicou através ROP nº 094591-J, o seguinte fato: Informaram que em patrulhamento de rotina foram acionados pela CIOPS, para averiguar um acidente de trânsito seguido de agressão envolvendo os relacionados. A situação teve início quando Wenderson Franco dos Santos, conduzia uma motocicleta de cor verde da marca HONDA e placa nº NAI7574 na Av. Rui Baraúna, quando Argelio Alejandro Ariza Utches, atravessou a rua ocasionando o acidente, segundo relato de populares. Duas ambulâncias do SAMU foram enviadas para o local e no momento de atender Argelio Jose Carreira Mujica, a técnica de enfermagem Tamires Leandro da Silva, foi agredida verbalmente por Dulvis Ilitza Mato Depablos, enquanto Charles Madeira do Nascimento, tirava a maca da ambulância e que ao presenciar a agressão verbal contra sua companheira de trabalho Tamires Leandro da Silva, pediu para que a senhora Dulvis Ilitza Mato Depablos, se afastasse, momento em que ela senhora Dulvis Ilitza Mato Depablos a empurrou e no mesmo momento Ruben Dario Fernandes Utches, desferiu um soco contra o rosto do Sr. Charles Madeira do Nascimento. Que segundo relatado pelos servidores do SAMU Charles Madeira do Nascimento e Tamires Leandro da Silva, os envolvidos Jose Alejandro Ariza Moreno e Gusmerli Cardina Silva Depablos, não tiveram envolvimento nas agressões embora tivessem acompanhados dos agressores. Em tempo informo que a motocicleta de Wenderson Franco dos Santos, foi entregue ao seu primo, senhor MATHEUS, RG: 3325911SSP/RR, depois de realizada a perícia pelo Perito da Polícia Civil, Nelson Souza. É o relato. QUE NA DATA DE HOJE, 07/02/20, COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO O SR. ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA, SOLICITANDO ADITAMENTO DESTA REGISTRO; QUE NA DATA DO FATO ESTAVA ATRAVESSANDO A AV RUI BARAÚNA QUANDO A MOTOCICLETA PLACA NAI7574 O BATEU, CAUSANDO LESÃO E FRATURAS NA PERNA; QUE FOI SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL GERAL RORAIMA-HGR; QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA O CONDUTOR DA MOTOCICLETA; QUE ESTE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO. INFORMO AINDA QUE FORAM INSERIDOS OS DADOS PESSOAIS DE ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA PARA COMPLEMENTAÇÃO DO REGISTRO.

ASSINATURAS

Rosana Jucara Vilaca Moreira

Agente de Polícia
Matrícula 42000370

Responsável pelo Atendimento

Argelio José Carrera Mujica

(Envolvido / 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 dei 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: Miguel Di Mambro
Impressão por: Jefferson Maciel Araújo
Data de Impressão: 17/02/2020 11:46
Protocolo nº: Não disponível

Página 3 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038645/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/02/2020 10:10 Data/Hora Fim: 07/02/2020 10:30
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP Nº 094591-J Data: 03/11/2019
Delegado de Polícia: Miriam Di Manso

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 03/11/2019 19:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: União
Logradouro: AV.RUY BARAÚNA

Nº: 1966

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
53: INJÚRIA (ART. 140 CAPUT DO CPB)	Não Houve
559: VIAS DE FATO (ART. 21 DA LCP)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GUSMERLI CARDINA SILVA DEPABLOS (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Venezuelana Sexo: Feminino Idade: 35 anos
Estado Civil: União Estável

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: GIDEÃO Nº: 247
Bairro: CAMBARÁ

Nome Civil: ARGELIO JOSÉ CARRERA MUJICA (ENVOLVIDO , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Venezuelana Sexo: Masculino Nasc: 13/10/1985 Idade: 34 anos
Naturalidade: SUCRE / CARRIGAL Profissão: Pedreiro
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Rosario Josefina Mujica Zorrilla Nome do Pai: Elionay Jose Carrera Santamaria

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: CURIMATÁ Nº: 502
Complemento: APTO 03
Bairro: JARDIM PRIMAVERA
Telefone: (95) 99172-1159 (Celular)

Nome Civil: JOSÉ ALEJANDRO ARIZA MORENO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Venezuelana Sexo: Masculino Idade: 33 anos
Estado Civil: Solteiro(a)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038645/2019-A01

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: BETEL
Bairro: CAMBARÁ

Nº: 825

Nome Civil: CHARLES MADEIRA DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 43 anos
Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 381518-8

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: ALFERES PAULO SALDANHA
Bairro: SÃO FREANCISCO

Nº: 843

Nome Civil: DULVIS ILITZA MATO IDROGO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Venezuelana Sexo: Feminino Idade: 35 anos
Estado Civil: União Estável

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: BETEL
Bairro: CAMBARÁ

Nº: 825

Nome Civil: RUBEN DÁRIO FERNANDEZ UTCHES (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 34 anos
Estado Civil: União Estável

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 160363348

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: GIDEÃO
Bairro: CAMBARÁ

Nº: 247

Nome Civil: TAMIRES LEANDRO DA SILVA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade: 26 anos
Estado Civil: União Estável

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 381518-8

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: AMANCIO FERREIRA DE LUCENA
Bairro: ASA BRANCA

Nº: 919

Nome Civil: WENERSON FRANCO DOS SANTOS (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 38 anos
Estado Civil: Solteiro(a)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038645/2019-A01

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 191736

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: PJ

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Carlos Braga - Sgt Pm

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A guarnição da PM comunicou através ROP nº 094591-J, o seguinte fato: Informaram que em patrulhamento de rotina foram acionados pela CIOPS, para averiguar um acidente de trânsito seguido de agressão envolvendo os relacionados. A situação teve início quando Wenderson Franco dos Santos, conduzia uma motocicleta de cor verde da marca HONDA e placa nº NAI7574 na Av. Rui Baraúna, quando Argelio Alejandro Ariza Utches, atravessou a rua ocasionando o acidente, segundo relato de populares. Duas ambulâncias do SAMU foram enviadas para o local e no momento de atender Argelio Jose Carreira Mujica, a técnica de enfermagem Tamires Leandro da Silva, foi agredida verbalmente por Dulvis Ilitza Mato Depablos, enquanto Charles Madeira do Nascimento, tirava a maca da ambulância e que ao presenciar a agressão verbal contra sua companheira de trabalho Tamires Leandro da Silva, pediu para que a senhora Dulvis Ilitza Mato Depablos, se afastasse, momento em que ela senhora Dulvis Ilitza Mato Depablos a empurrou e no mesmo momento Ruben Dario Fernandes Utches, desferiu um soco contra o rosto do Sr. Charles Madeira do Nascimento. Que segundo relatado pelos servidores do SAMU Charles Madeira do Nascimento e Tamires Leandro da Silva, os envolvidos Jose Alejandro Ariza Moreno e Gusmerli Cardina Silva Depablos, não tiveram envolvimento nas agressões embora tivessem acompanhados dos agressores. Em tempo informo que a motocicleta de Wenderson Franco dos Santos, foi entregue ao seu primo, senhor MATHEUS, RG: 3325911SSP/RR, depois de realizada a perícia pelo Perito da Polícia Civil, Nelson Souza. É o relato. QUE NA DATA DE HOJE, 07/02/20, COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO O SR. ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA, SOLICITANDO ADITAMENTO DESTA REGISTRO; QUE NA DATA DO FATO ESTAVA ATRAVESSANDO A AV RUI BARAÚNA QUANDO A MOTOCICLETA PLACA NAI7574 O BATEU, CAUSANDO LESÃO E FRATURAS NA PERNA; QUE FOI SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL GERAL RORAIMA-HGR; QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA O CONDUTOR DA MOTOCICLETA; QUE ESTE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO. INFORMO AINDA QUE FORAM INSERIDOS OS DADOS PESSOAIS DE ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA PARA COMPLEMENTAÇÃO DO REGISTRO.

ASSINATURAS

Rosana Jucara Vilaca Moreira

Agente de Polícia
Matrícula 42000370

Responsável pelo Atendimento

Argelio José Carrera Mujica

(Envolvido / 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 dei 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: Miguel Di Mambro
Impressão por: Jefferson Maciel Araújo
Data de Impressão: 17/02/2020 11:46
Protocolo nº: Não disponível

Página 3 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

413.375.381-24

4 - Nome completo da vítima:

Dr. William Gomes da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 435/2022

5 - Nome completo:

Dr. William Gomes da Silva

6 - Profissão:

Dr. William Gomes da Silva

7 - Data de nascimento:

10/10/1980

8 - E-mail:

william.gomes@brtur.com.br

9 - CPF:

413.375.381-24

10 - Complemento:

312

11 - CEP:

69.314-226

12 - Le. (DOB):

45.49/13-5859

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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\$1.001,00 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

☐ CONTA POUPOANÇA (semelevar os fundos da previdência social)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

☒ CONTA CORRENTE (bancos)

Nome do BANCO: ITAÚ

AGÊNCIA: 0153

CONTA: 27017

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora LIDER a criar na conta bancária informada, em minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tive direito, não incluindo a dívida, desde que o valor não exceda a efetivação de crédito, quitação total, do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que não impossibilito de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), 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 para fins do Seguro DPVAT;

Solicito e asseguro, dentro do prazo de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na conclusão médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, que a seguradora poderá solicitar a análise médica presencial, caso necessário, às custas do segurado, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Grau de Parentesco com a vítima: 24 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não

25 - Vítima deixou filhos: ☐ Sim ☒ Não

26 - Se tinha filhos, informar vivos: ☐ Sim ☒ Não

27 - Se tinha filhos, informar falecidos: ☐ Sim ☒ Não

28 - Vítima deixou pais: ☐ Sim ☒ Não

29 - Se tinha pais, informar vivos: ☐ Sim ☒ Não

30 - Se tinha pais, informar falecidos: ☐ Sim ☒ Não

31 - Vítima deixou irmãos: ☐ Sim ☒ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Sim ☒ Não

33 - Se tinha irmãos, informar falecidos: ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte. Aqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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 289 do Código Penal.

34 - Nome completo de quem assina o pedido (a rogar):

35 - Nome legal de quem assina o pedido (a rogar):

36 - CPF legal de quem assina o pedido (a rogar):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogar):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Total e Data: R\$ 10.000,00 de 10/10/2020

41 - Assinatura de vítima/beneficiário (se houver):

42 - Assinatura do Procurador (se houver):

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

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: 713.375.381-24 3 - CPF da vítima: 713.375.381-24 4 - Nome completo da vítima: Diogo José Corrêa Mufico

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

5 - Nome completo: Diogo José Corrêa Mufico 6 - CPF: 713.375.381-24
7 - Profissão: Engenheiro de Segurança 8 - Endereço: Rua Lima Duarte 9 - Número: 512 10 - Complemento:
11 - Bairro: Jardim Primavera 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 67.314-236
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 95 99113-5855

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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: ITAÚ
AGÊNCIA: 6953 CONTA: 27017 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista RR 10 de Fevereiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000027017-7

Autenticação:

D5473C535DE07C0529241DF12C26716E8B961BDBD4893AAD90BFE9D808109993



CNPJ: 06.928.857/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.033.400-9
RUA NÉLVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 63.305-618

ATENDIMENTO
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: 841617

Novembro/2019

Dados do Cliente:
FRANCISCO SANTOS COSTA

Endereço para entrega:
RUA CURIMATA, NUM. 512 - JARDIM PRIMAVER
A BOA VISTA RR 69314-226

Inscrição 001.023.042.0172.001	Rota 5	Seq.Rota 966	Quantidade de Economias RESIDENCIAL 1
Hidrometro A14U035485	Data de Instalação 17/12/2015	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto POTENCIAL
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 314	326	12	31
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 09/10/2019	09/11/2019		

ULTIMOS CONSUMOS

201910 15-0
201909 4-0
201908 1-6
201907 0-30
201906 0-30
201905 9-0
MEDIA 4

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 8448 / 2005 G.M.					
AMOSTRAS	CLORO	TURBID.22	ODR	C.TOTALIS	CLORL
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
REALIZADAS	215	215	215	215	215
CONFORMES	215	215	215	215	215

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	12 M3	30,86
TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO 11/2019		4,77

VENCIMENTO: 15/12/2019

TOTAL A PAGAR 35,63

AVISO: EM 31/10/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

IMPRESSO EM: 09/11/2019 06:23:28

Via do Cliente



Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0070442-3

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Sênio Garças, 801 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pelo SEFAZ/RR/13

Nº da Nota Fiscal: 003894123
A Tarifa Especial de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	06/11/2019	820	673,77

MARIA DO ROSARIO GONCALVES FRANCO

CPF: 00077902149349

P. Nº 18 295 LAURA MOREIRA

TEP: 63.318-005 - BOA VISTA

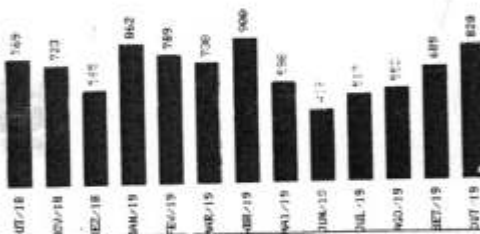
DADOS DA LEITURA (KWh)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 11600	Atual: 23/10/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 10788	Anterior: 20/09/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 33	Próxima leitura: 23/11/2019	Ligação: B1
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 22/10/2019	Número Medidor: TDB1715009
Consumo medido: 820	Apresentação: 23/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 820	R. 7.981,29, 07.10.0000	Modalidade: CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
CONSUMO	820 A R\$ 0,764602 = 626,97
CORREÇÃO MONETARIA DA 07/19-00	0,07
CORREÇÃO MONETARIA IG 07/19-00	0,07
MULTA POR ATRASO DE 07/19-00	0,06
JUROS DE MORA POR ATR 07/19-00	0,00
MULTA POR ATRASO DE 07/19-00	0,00
JUROS DE MORA POR IMPO 07/19-00	0,00
ILUMINACAO PUBLICA	25,28

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
Q A 820 - 0.634620

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses:



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade Consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/11/2019 em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 539,48 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor descongelar este aviso.

PRODUTOR RURAL: ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
	Encargos:	Tributos:	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
Energia:	341,58	17,74	ICMS:	17,00%	106,58
Distribuição:	161,87	106,58	PIS:	0,000000%	0,00
Transmissão:	0,00		COFINS:	0,000000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	QIC	FIC	QMC	DICM
	Trimestral	Trimestral	Trimestral	Trimestral
Límite	8,65	17,70	35,40	8,46
Realizado	8,65	17,70	35,40	8,46
Conjunta	R\$ 0,00	Período de suspensão:	EDS 2,10	



CNPJ: 06.020.857/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.033.400-9
RUA NELSON JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 63.305-618

ATENDIMENTO
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: 841617

Novembro/2019

Dados do Cliente:
FRANCISCO SANTOS COSTA

Endereço para entrega:
RUA CURIMATA, NUM. 512 - JARDIM PRIMAVER
A BOA VISTA RR 69314-226

Inscrição 001.023.042.0172.001	Rota 5	Seq.Rota 966	Quantidade de Economias RESIDENCIAL 1
Hidrometro A14U035485	Data de Instalação 17/12/2015	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto POTENCIAL
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 314	326	12	31
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 09/10/2019	09/11/2019		

ULTIMOS CONSUMOS

201910 15-0
201909 4-0
201908 1-6
201907 0-30
201906 0-30
201905 9-0
MEDIA 4

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 8448 / 2005 G.M.					
AMOSTRAS	CLORO	TURBID.22	ODR	C.TOTALIS	CLORL
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	215	215	215	215	215
CONFORMES	215	215	215	215	215

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	12 M3	30,86
TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO 11/2019		4,77

VENCIMENTO: 15/12/2019

TOTAL A PAGAR 35,63

AVISO: EM 31/10/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

IMPRESSO EM: 09/11/2019 06:23:28

Via do Cliente



Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0070442-3

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Sênio Garças, 801 - 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/RR/13

Nº da Nota Fiscal: 003894123
A Tarifa Especial de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	06/11/2019	820	673,77

MARIA DO ROSARIO GONCALVES FRANCO

CPF: 00077902149349

P. Nº 18 295 LAURA MOREIRA

TEP: 63.318-005 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWh)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 11600	Atual: 23/10/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 10780	Anterior: 20/09/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 33	Próxima leitura: 23/11/2019	Ligação: B1
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 22/10/2019	Número Medidor: TDB1715009
Consumo medido: 820	Apresentação: 23/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 820		Modalidade: CONVENCIONAL

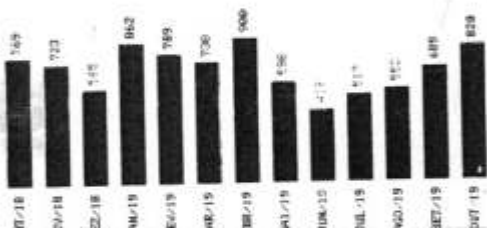
DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	820 A R\$ 0,764602 =	626,97
CORREÇÃO MONETARIA DA 07/19-00		0,07
CORREÇÃO MONETARIA IG 07/19-00		0,07
MULTA POR ATRASAMENTO DE 07/19-00		0,06
JUROS DE MORA POR ATR 07/19-00		0,00
MULTA POR ATRASAMENTO DE 07/19-00		0,00
JUROS DE MORA POR IMPO 07/19-00		0,00
ILUMINACAO PUBLICA		25,28

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
Q A 820 - 0.634620

Média 12 meses:

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade Consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/11/2019 em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 539,48 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor descongelar este aviso.

PRODUTOR RURAL: ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
	Encargos:	Tributos:	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
Energia:	341,58	17,74	ICMS:	17,00%	106,50
Distribuição:	161,87	106,50	PIS:	0,000000%	0,00
Transmissão:	0,00		COFINS:	0,000000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			CMC	CMC
	Trimestral	Semestral	Anual	Trimestral	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
Límite	8,65	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
Realizado								
Conjunta								

Período de observação: 01/01/2019 a 31/10/2019

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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Angelo Jose Pereira Mejico inscrito (a) no CPF sob o Nº 413.375.381 / 24

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Angelo Jose Pereira Mejico

inscrito (a) no CPF sob o Nº 413.375.381 / 24, 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: CC 18</u>	Número: <u>295</u>	Complemento:
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail:	CEP: <u>69031-050</u>	Tel.(DDD): <u>9599113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 10 de Fevereiro de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

**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/BIBLIOTECAWEB/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 William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343, / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Agelio Jose Pereira Mujica inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.375.381, / 24,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Agelio Jose Pereira Mujica

inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.375.381, / 24, 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: CC 18</u>	Número: <u>295</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laurinda Moura</u>	Cidade: <u>Boca Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: _____	CEP: <u>69031-050</u>	Tel. (DDD): <u>95 99113-3855</u>

Local e Data: Boca Vista RR 10 de Fevereiro de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante