

Otopenis

W. Jerome.

rociante viu-se ovidos com mola, SIC,
olival, solo agrestando edema em
orelhas D, dor lumbar, com imobilização
com falso rígido, sem clínica clínica em MS).
Alein disso, porm' curativo com dorso
colhido e caixa colhido, com sombra
em B6, suprimento, ondoso, hidratado,
olival solo, 10% pulso perigálio polimônio
sem desfranqueado, aux. a movimentação
Dx com dorso de ondas de
orelhas D. Artrodo, obliqua, com
angulosas medid.

D: Informações para preencher os
anexos + folha oklo-~~admitir~~.*

AO FABRIVOLIXO DE LEXÓ
ESTE CONVUS. EM LAMIN COLADAS.

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Presidente
Ortopedista e Traumatólogo
CRM-RJ 10.000



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BLUCA

ACE 25.11.10

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

Antônio Pedroso M. Oliveira

6 - NÚMERO IDENTIFICATÓRIO

175228

7 - CAPTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - 00 60942224 204

8 - DATA DE NASCIMENTO

24/10/1999

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Samia Maria Oliveira

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

12 - ENDERECO (RUA, N.º, BARRA)

R. CC 24 12 S. Cecília 11000-0000

14 - CID 10 MUNICÍPIO - 15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

17

18

19

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SÍMOS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente sente dor no estômago e dor no lado esquerdo do lado esquerdo de dor no lado direito

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As dores

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

Rx + Exame gástrico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Exame gástrico

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame gástrico

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Antônio Pedroso

33 - N° CNS

34 - N° CPF

35 - N° CÓDIGO DE BILHETE

36 - SÉRIE

37 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

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

39 - N° CÓDIGO DE BILHETE

40 - SÉRIE

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Antônio Pedroso

42 - N° CNS

43 - N° CPF

44 - N° CÓDIGO DE BILHETE

45 - SÉRIE

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Antônio Pedroso

47 - N° CNS

48 - N° CPF

49 - N° CÓDIGO DE BILHETE

50 - SÉRIE

51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Antônio Pedroso

52 - N° CNS

53 - N° CPF

54 - N° CÓDIGO DE BILHETE

55 - SÉRIE

56 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Antônio Pedroso

57 - N° CNS

58 - N° CPF

59 - N° CÓDIGO DE BILHETE

60 - SÉRIE

61 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Antônio Pedroso

62 - N° CNS

63 - N° CPF

64 - N° CÓDIGO DE BILHETE

65 - SÉRIE

66 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Antônio Pedroso

67 - N° CNS

68 - N° CPF

69 - N° CÓDIGO DE BILHETE

70 - SÉRIE

71 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Antônio Pedroso

72 - N° CNS

73 - N° CPF

74 - N° CÓDIGO DE BILHETE

75 - SÉRIE

76 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Antônio Pedroso

77 - N° CNS

78 - N° CPF

79 - N° CÓDIGO DE BILHETE

80 - SÉRIE

81 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Antônio Pedroso

82 - N° CNS

83 - N° CPF

84 - N° CÓDIGO DE BILHETE

85 - SÉRIE

86 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Antônio Pedroso

87 - N° CNS

88 - N° CPF

89 - N° CÓDIGO DE BILHETE

90 - SÉRIE

91 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Antônio Pedroso

92 - N° CNS

93 - N° CPF

94 - N° CÓDIGO DE BILHETE

95 - SÉRIE

96 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Antônio Pedroso

97 - N° CNS

98 - N° CPF

99 - N° CÓDIGO DE BILHETE

100 - SÉRIE

AUTORIZAÇÃO

14 - CÓDIGO OFICIAL DO TÍTULO — 42 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

040800423

5514

W495



Paciente: Antonio Adacir Murussi De Oliveira

Solicitação: 20145396 Número Interno:

Origem: HGR

Data de Emissão: 21/11/2019 17:42

Sexo: Masculino

Nasc: 16/08/1961

Idade: 58 ANO

Solicitante: AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964

Setor: BLOCO A

Leito: 119-1

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 2014539601

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado

Referência

12,30 seg

10,0 - 14,0 seg

RNI

0,78

0,8 - 1,2

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

31,20 seg

25,0 - 39,0 seg

QATIO

1,15

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.

M. José S. Gomes
Bioquímico
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: 1 de 3



Hospital Geral de Roraima
0xx95) 2121 0640-
E-mail:hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 330B -
Aeroporto

NUCLEO DE LABORATORIO
DO HGR

SESAU





Paciente: Antonio Adacir Murussi De Oliveira

Solicitação: 20145396

Número Interno:

Origem: HGR

Data de Emissão: 21/11/2019 17:42

Sexo: Masculino

Nasc: 16/08/1961

Idade: 58 ANO

Solicitante: AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964

Setor: BLOCO A

Leito: 119-1

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

creatina 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

(*) Reificado
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





Paciente: Antonio Adacir Murussi De Oliveira
 Solicitação: 20145396 Número Interno:
 Origem: HGR Data de Emissão: 21/11/2019 17:42

Sexo: Masculino Nasc: 16/08/1961 Idade: 58 ANO
 Solicitante: AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964
 Setor: BLOCO A Leito: 119-1
 Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 2014539603

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL
 M étodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

| | Resultado | Referência |
|-------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| LEUCÓCITOS | $6.21 \times 10^3/\mu\text{L}$ | 4.0 - 10.0 $\times 10^3/\mu\text{L}$ |
| NEUTRÓFILOS | 65.10 % | 50.0 - 70.0 % |
| INFÓCITOS | 25.30 % | 20.0 - 40.0 % |
| MONÓCITOS | 4.40 % | 3.0 - 12.0 % |
| EOSINÓFILOS | 4.10 % | 0.5 - 5.0 % |
| BASÓFILOS | 1.10 % | 0.0 - 1.0 % |

ERITROGRAMA

| | | |
|-------------|--------------------------------|-------------------|
| ERITRÓCITOS | $4.88 \times 10^6/\mu\text{L}$ | 13.5 - 18.0 g/dL |
| HEMOGLOBINA | 15.70 g/dL | 40.0 - 50.0 % |
| HEMATÓCRITO | 45.90 % | 87.0 - 103.0 ug/L |
| VCM | 94.10 ug/L | 27.0 - 34.0 pg |
| HCM | 32.30 pg | 32.0 - 37.0 g/dL |
| CHCM | 34.30 g/dL | 11.0 - 16.0 % |
| RDW CV | 11.60 % | 35.0 - 58.0 fL |
| RDW SD | 45.80 fL | |

PLAQUETOGRAMA

| | | |
|-----------|----------------------------------|---|
| PLAQUETAS | $253.00 \times 10^3/\mu\text{L}$ | 150.0 - 400.0 $\times 10^3/\mu\text{L}$ |
| PM | 9.70 fL | 6.5 - 12.0 fL |
| ADP | 16.50 | 9.0 - 17.0 |
| PCT | 0.245 % | 1.08 - 2.82 % |

M. José S. Gomes
 Bioquímico
 CRF-RR 409

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cezino 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
 Dxx95) 2121 0640-
 E-mail:hgrlab@yahoo.com.br
 Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3306 -
 Aeroporto

NUCLEO DE LABORATÓRIO
 DO HGR

SESAU



GOVERNO
 DE RORAIMA



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 22/11/19 OS: _____

Dr. Antônio P. Oliveira
Dr. Cláudia Oliveira

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura tubular do osso D 2º fratura com deslocamento
INDICAÇÃO TERAPEUTICA: reparo e anquilose
TIPO DE INTERVENÇÃO: cirurgia
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: ta
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: fratura tubular do osso D 2º fratura com deslocamento

CIRURGÃO: Antônio P. Oliveira1º auxiliar: Paulo2º AUXILIAR: GabitoINSTRUMENTADORA: Cláudia Oliveira3º AUXILIAR: ANESTESIA: ANESTESISTAS: ANESTÉSICO: INÍCIO: FIM: DURAÇÃO: Dr. Antônio P. Oliveira
Dra. Cláudia Oliveira

RELATÓRIO CIRÚRGICO

① Pôs em RORI sob sono induzido.
② Preparou o auto sequestrado e abordou o osso tubular.
③ Incisão tubular com lâmina de 10 mm. O osso tubular é de
coloração avermelhada e frágil e pode
quebrar com fratura completa e fácil.
Onceu (b) colocou o fio de 3 fios amarelo
e preto para a sutura com fita de plástico.
④ Incisão de 1 cm profundo com agulha de 10 fios
com fio de 0,40 mm. O fio amarelo é o



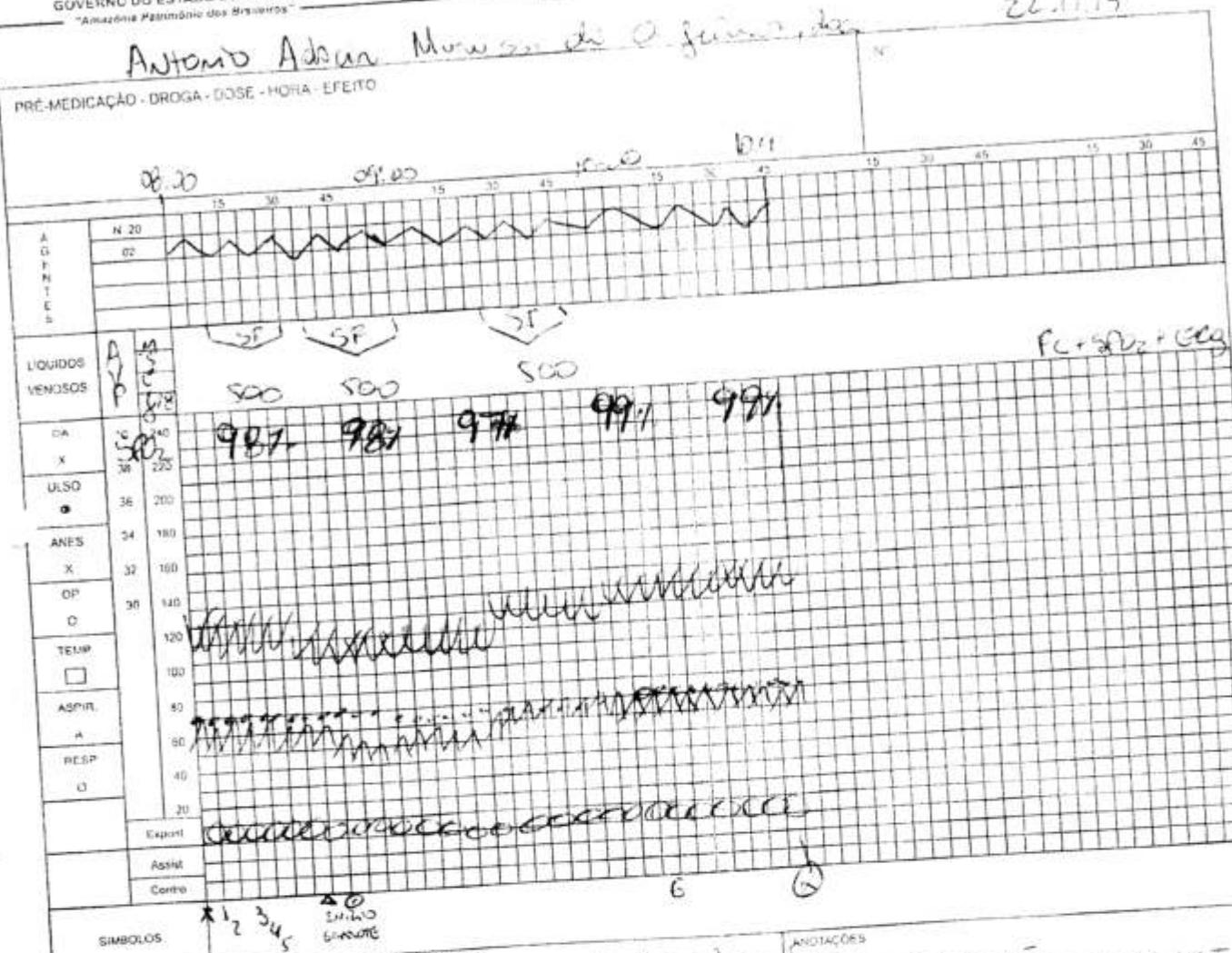
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Antônio Adair Muniz de Oliveira, Jr.

22.11.14

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO



| AGENTES | DOSSES | ESPECIA | ANOTACOES |
|-------------------------------|----------|-----------------------------|--------------------------------|
| A. Fentanyl 100ug | | Blefaros de Poco Branco | 1. Monitoramento + checar list |
| B. Midolac 5mg | | Sarolaxico Lento | 2. Cetotol 100mg com CN |
| C. Ropivacaina 1500mg | | Guadala 1000mg S/ | 3. 2nd choice: { - FORTAN |
| D. Urokinase 100000 | | Venolise Espontanea | - midolac 200mg |
| E. | | | |
| F. | | | |
| G. | | | |
| GLICOSE | LÍQUIDOS | Candol - Naso / Oim Catapla | 3. blefaros de Poco Branco |
| NDCO | | Naso / Oimergol - Dose | direto com Ropivacaina 0,75% |
| SANGUE | | 1ml - Tamu - Canto do Toco | 150mg + Urokinase 100000mg |
| | | Sol - Héparina | |
| | | Dextralpote Toco - 60 | 4. Vértebras 200mg IV |
| SE 0,9% 1000ml | | | 5. Cetotol 1000mg IV |
| TOTAL | 1500ml | TEMPO DE ANESTESIA | |
| OPECAO | | | |
| - Osteosintese de ULM direita | | | |
| ANESTESIA | CÓDIGO | CIRURGÃO | PERDA SANGUÍNEA |
| Dra. Isaura | | Dr. Giederski | + |

Dr. Carlos Jr - RI

Bruno Tavares de Melo
MEDICO
CRM-RR 1025

5. Inj de Etanote
6. Hidrocortisol 200mg IV
7. SNPT



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 | |
| <i>Antonio Adacir Mururu D. junior</i> | | 119-1 | 00375228 | 22 111 119 | |
| CIRURGIA | | | | | |
| TIPO | | TEMPO DE DURAÇÃO | | | |
| <i>Osteosíntese de Fratura de Antebraço</i> | | ① INICIO 08:50 | FIM 11:00 | TEMPO TOTAL | |
| CIRURGIÃO <i>Dr. Gláderson</i> | | EQUIPE MÉDICA <i>Dr. Jasmim</i> <i>Res. Carlos</i> | | | |
| 1º AUXILIAR | <i>Res. Pablo</i> | ANESTESISTA | | | |
| 2º AUXILIAR | <i>Res. Adinach</i> | RES. ANESTESIA | | | |
| CIRURGIA: <i>B PB</i> | | INSTRUMENTADOR | | | |
| CIRURGIA: <i>B PB</i> | | CIRCULANTE <i>Ivanei + Silvânia</i> | | | |
| TEMPO DE DURAÇÃO: | | | | | |
| QUANT. | MATERIAIS | VALOR | QUANT | MEDICAMENTOS | VALOR |
| <input type="checkbox"/> | PCTS COMPRESSAS C/03 UNID. | | <input checked="" type="checkbox"/> | FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO 500 ml | |
| <input checked="" 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 N° | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVA ESTERIL 8.0 | | <input checked="" type="checkbox"/> | FIO MONONYLON N° 2.0 | |
| | LUVA ESTERIL 8.5 | | | FIO ALGODÃO SEM AGULHA N° | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS | | | FIO ALGODÃO COM AGULHA N° | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LÂMINA BISTURI N° 24 | | | FIO CATGUT SIMPLES N° | |
| | DRENO DE SUÇÃO N° | | | FIO CATGUT CROMADO N° | |
| | DRENO DE TORAX N° | | | FIO PROLENE N° | |
| | DRENO DE PENROSE N° | | | FIO SEDA N° | |
| | SERINGA 01ML | | | SURGICEL | |
| | SERINGA 03ML | | | GRAPAS | |
| | SERINGA 05 ML | | | KIT CIRÚRGICO | |
| | SERINGA 10ML | | | GEOFOMAM | <i>Alveol</i> |
| | SERINGA 20ML | | | FITA CARDIACA | <i>Pondine Topico</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Estiletes | | <input checked="" type="checkbox"/> | OUTROS: <i>Cateter O2</i> | |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS | | | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE | | VALOR |
| INSTRUMENTADOR (A) | ENFERMEIRA CHEFE <i>Enuka + Bruno</i> | | MATERIAL MEDICAMENTOS | | |
| FUNCIONÁRIO/CALCULOS | CIRCULANTE DE SALA | | SUB- TOTAL | | |
| | | | TAXA DE SALA | | |
| | | | TAXA DE ANESTESIA | | |
| | | | SOMA | | |
| | | | ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE | | |



ESTADO DE RORAIMA
AMAZÔNIA FEDERATIVA DO BRASIL

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

CIRÚRGICOS

| | | | | | |
|--|----------------|-------------|-------------------|--------------------------|----------------|
| Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA | Especialidade: | IDADE: 10 | SEXO: F () M () | Nº do Prontuário: 17.522 | Data: 21/11/19 |
| Nome do Paciente: Antônio Adaci Murassi | | Leitos: 119 | Nº da Cama: 1 | Circulação de Sala: | |
| Bloco: A | Enfermaria: | | | | |
| CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: | | | | | |
| <i>Pequenos fragmentos</i> | | | | | |
| Dados dos materiais/Serviço | | | | | |

| Hospital Geral de Roraima () | | Dados Adicionais: | | M | QUANT |
|-------------------------------|---------------------------|-------------------|-----|---|-------|
| ITEM | DESCR | UN | VAL | M | QUANT |
| 01 | Placa DCB neta 07 dígitos | | | | |
| 02 | | | | | |
| 03 | | | | | |
| 04 | | | | | |
| 05 | | | | | |
| 06 | | | | | |
| 07 | | | | | |
| 08 | | | | | |
| 09 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 21 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |
| 24 | | | | | |
| 25 | | | | | |
| 26 | | | | | |
| 27 | | | | | |
| 28 | | | | | |
| 29 | | | | | |
| 30 | | | | | |
| 31 | | | | | |
| 32 | | | | | |
| 33 | | | | | |
| 34 | | | | | |
| 35 | | | | | |
| 36 | | | | | |
| 37 | | | | | |
| 38 | | | | | |
| 39 | | | | | |
| 40 | | | | | |
| 41 | | | | | |
| 42 | | | | | |
| 43 | | | | | |
| 44 | | | | | |
| 45 | | | | | |
| 46 | | | | | |
| 47 | | | | | |
| 48 | | | | | |
| 49 | | | | | |
| 50 | | | | | |
| 51 | | | | | |
| 52 | | | | | |
| 53 | | | | | |
| 54 | | | | | |
| 55 | | | | | |
| 56 | | | | | |
| 57 | | | | | |
| 58 | | | | | |
| 59 | | | | | |
| 60 | | | | | |
| 61 | | | | | |
| 62 | | | | | |
| 63 | | | | | |
| 64 | | | | | |
| 65 | | | | | |
| 66 | | | | | |
| 67 | | | | | |
| 68 | | | | | |
| 69 | | | | | |
| 70 | | | | | |
| 71 | | | | | |
| 72 | | | | | |
| 73 | | | | | |
| 74 | | | | | |
| 75 | | | | | |
| 76 | | | | | |
| 77 | | | | | |
| 78 | | | | | |
| 79 | | | | | |
| 80 | | | | | |
| 81 | | | | | |
| 82 | | | | | |
| 83 | | | | | |
| 84 | | | | | |
| 85 | | | | | |
| 86 | | | | | |
| 87 | | | | | |
| 88 | | | | | |
| 89 | | | | | |
| 90 | | | | | |
| 91 | | | | | |
| 92 | | | | | |
| 93 | | | | | |
| 94 | | | | | |
| 95 | | | | | |
| 96 | | | | | |
| 97 | | | | | |
| 98 | | | | | |
| 99 | | | | | |
| 100 | | | | | |
| 101 | | | | | |
| 102 | | | | | |
| 103 | | | | | |
| 104 | | | | | |
| 105 | | | | | |
| 106 | | | | | |
| 107 | | | | | |
| 108 | | | | | |
| 109 | | | | | |
| 110 | | | | | |
| 111 | | | | | |
| 112 | | | | | |
| 113 | | | | | |
| 114 | | | | | |
| 115 | | | | | |
| 116 | | | | | |
| 117 | | | | | |
| 118 | | | | | |
| 119 | | | | | |
| 120 | | | | | |
| 121 | | | | | |
| 122 | | | | | |
| 123 | | | | | |
| 124 | | | | | |
| 125 | | | | | |
| 126 | | | | | |
| 127 | | | | | |
| 128 | | | | | |
| 129 | | | | | |
| 130 | | | | | |
| 131 | | | | | |
| 132 | | | | | |
| 133 | | | | | |
| 134 | | | | | |
| 135 | | | | | |
| 136 | | | | | |
| 137 | | | | | |
| 138 | | | | | |
| 139 | | | | | |
| 140 | | | | | |
| 141 | | | | | |
| 142 | | | | | |
| 143 | | | | | |
| 144 | | | | | |
| 145 | | | | | |
| 146 | | | | | |
| 147 | | | | | |
| 148 | | | | | |
| 149 | | | | | |
| 150 | | | | | |
| 151 | | | | | |
| 152 | | | | | |
| 153 | | | | | |
| 154 | | | | | |
| 155 | | | | | |
| 156 | | | | | |
| 157 | | | | | |
| 158 | | | | | |
| 159 | | | | | |
| 160 | | | | | |
| 161 | | | | | |
| 162 | | | | | |
| 163 | | | | | |
| 164 | | | | | |
| 165 | | | | | |
| 166 | | | | | |
| 167 | | | | | |
| 168 | | | | | |
| 169 | | | | | |
| 170 | | | | | |
| 171 | | | | | |
| 172 | | | | | |
| 173 | | | | | |
| 174 | | | | | |
| 175 | | | | | |
| 176 | | | | | |
| 177 | | | | | |
| 178 | | | | | |
| 179 | | | | | |
| 180 | | | | | |
| 181 | | | | | |
| 182 | | | | | |
| 183 | | | | | |
| 184 | | | | | |
| 185 | | | | | |
| 186 | | | | | |
| 187 | | | | | |
| 188 | | | | | |
| 189 | | | | | |
| 190 | | | | | |
| 191 | | | | | |
| 192 | | | | | |
| 193 | | | | | |
| 194 | | | | | |
| 195 | | | | | |
| 196 | | | | | |
| 197 | | | | | |
| 198 | | | | | |
| 199 | | | | | |
| 200 | | | | | |
| 201 | | | | | |
| 202 | | | | | |
| 203 | | | | | |
| 204 | | | | | |
| 205 | | | | | |
| 206 | | | | | |
| 207 | | | | | |
| 208 | | | | | |
| 209 | | | | | |
| 210 | | | | | |
| 211 | | | | | |
| 212 | | | | | |
| 213 | | | | | |
| 214 | | | | | |
| 215 | | | | | |
| 216 | | | | | |
| 217 | | | | | |
| 218 | | | | | |
| 219 | | | | | |
| 220 | | | | | |
| 221 | | | | | |
| 222 | | | | | |
| 223 | | | | | |
| 224 | | | | | |
| 225 | | | | | |
| 226 | | | | | |
| 227 | | | | | |
| 228 | | | | | |
| 229 | | | | | |
| 230 | | | | | |
| 231 | | | | | |
| 232 | | | | | |
| 233 | | | | | |
| 234 | | | | | |
| 235 | | | | | |
| 236 | | | | | |
| 237 | | | | | |
| 238 | | | | | |
| 239 | | | | | |
| 240 | | | | | |
| 241 | | | | | |
| 242 | | | | | |
| 243 | | | | | |
| 244 | | | | | |
| 245 | | | | | |
| 246 | | | | | |
| 247 | | | | | |
| 248 | | | | | |
| 249 | | | | | |
| 250 | | | | | |
| 251 | | | | | |
| 252 | | | | | |
| 253 | | | | | |
| 254 | | | | | |
| 255 | | | | | |
| 256 | | | | | |
| 257 | | | | | |
| 258 | | | | | |
| 259 | | | | | |
| 260 | | | | | |
| 261 | | | | | |
| 262 | | | | | |
| 263 | | | | | |
| 264 | | | | | |
| 265 | | | | | |
| 266 | | | | | |
| 267 | | | | | |
| 268 | | | | | |
| 269 | | | | | |
| 270 | | | | | |
| 271 | | | | | |
| 272 | | | | | |
| 273 | | | | | |
| 274 | | | | | |
| 275 | | | | | |
| 276 | | | | | |
| 277 | | | | | |
| 278 | | | | | |
| 279 | | | | | |
| 280 | | | | | |
| 281 | | | | | |
| 282 | | | | | |
| 283 | | | | | |
| 284 | | | | | |
| 285 | | | | | |
| 286 | | | | | |
| 287 | | | | | |
| 288 | | | | | |
| 289 | | | | | |
| 290 | | | | | |
| 291 | | | | | |
| 292 | | | | | |
| 293 | | | | | |
| 294 | | | | | |
| 295 | | | | | |
| 296 | | | | | |
| 297 | | | | | |
| 298 | | | | | |
| 299 | | | | | |
| 300 | | | | | |
| 301 | | | | | |
| 302 | | | | | |
| 303 | | | | | |
| 304 | | | | | |
| 305 | | | | | |
| 306 | | | | | |
| 307 | | | | | |
| 308 | | | | | |
| 309 | | | | | |
| 310 | | | | | |
| 311 | | | | | |
| 312 | | | | | |
| 313 | | | | | |
| 314 | | | | | |
| 315 | | | | | |
| 316 | | | | | |
| 317 | | | | | |
| 318 | | | | | |
| 319 | | | | | |
| 320 | | | | | |
| 321 | | | | | |
| 322 | | | | | </td |

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSESSIMENTO E ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA



Nome: Fábio Henrique Andrade Muniz O. Tumino

Data de Nasc: 24/10/95 Idade: 20 Setor/Leito: 119 - 1

Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

Data: 22/11/19

| INTRA-OPERATÓRIO | | | | | | | | | | Sinais Vitais | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|--|-------------------|--|--------------------------|--|------------------|--|-------------------|--|-------------------|--|--------------------------------------|--|---------------------------------|--|---------------------------|--|
| DADOS PRÉ-OPERATÓRIO | | Entrada na Sala | | Início da Anestesia | | Início da Cirurgia | | Término da Cirurgia | | Anestesia | | Cirurgia | | Cirurgia | | SPO2 | | PA | | SPO2 | | PA | | ALDRE-TE | | DOR 0/10 | | | |
| Cirurgia Proposta: | | Cirurgia Realizada | | Anestesia | | Positionamento | | Localização | | Horário | | T | | FC | | T | | FC | | PA | | SPO2 | | PA | | ALDRE-TE | | DOR 0/10 | |
| 1. Informações Anestésicas | | 7:20 8.35 | | 8.50 | | 11:55 | | 11:30 | | B P B | | 0' | | 0' | | 0' | | 0' | | 0' | | 0' | | 0' | | 0' | | | |
| Jejum (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não | | Prótese (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não | | Exames (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não | | Reserva UTI (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não | | Laterabilidade (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não | | PNE (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não | | Alergia (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não | | Qual: _____ | | Reserva de Hemoderivado: | | SF 0,9%: 11 | | SG 5%: | | Outros: | | Reserva de Compressas dessecadas: 12 | | Nº de Compressas recolhidas: 12 | | Anátema Patológico: _____ | |
| Outros: | | 1. Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | | 2. Chegou ao Centro Cirúrgico: | | 3. Sintomas: | | 4. Anotações (Admissão do Paciente): | | 5. Sinais Vitais: | | 6. Exames na SO: | | 7. Exames na SO: | | 8. Exames na SO: | | 9. Exames na SO: | | 10. Exames na SO: | | 11. Exames na SO: | | 12. Exames na SO: | | 13. Outros: | | | |
| 1. Consciente | | (<input type="checkbox"/>) Com Suprimento de O2 | | 1. TOF | | 1. Hb | | 1. Hemograma | | 1. Rx | | 1. Hora | | 1. Medi-ção | | 1. Sinais/Volume | | 1. Hora | | 1. Sinais/Volume | | 1. Hora | | 1. Sinais/Volume | | 1. Hora | | | |
| 2. Agitado | | (<input type="checkbox"/>) Irregular | | 2. Gasometria | | 2. Hb | | 2. Hb | | 2. Outros: | | 2. Hora | | 2. Cultura | | 2. Hora | | 2. Outros: | | 2. Hora | | 2. Outros: | | 2. Hora | | 2. Outros: | | | |
| 3. Sintomas: | | 3. Irregular | | 4. Placa de Biostat | | 3. Hb | | 3. Hb | | 3. Outros: | | 3. Hora | | 3. Sinais/Volume | | 3. Hora | | 3. Outros: | | 3. Hora | | 3. Outros: | | 3. Hora | | 3. Outros: | | | |
| 4. Anotações (Admissão do Paciente): | | 5. Irregular | | 6. Cateter O2 | | 4. Hb | | 4. Hb | | 4. Outros: | | 4. Hora | | 4. Sinais/Volume | | 4. Hora | | 4. Outros: | | 4. Hora | | 4. Outros: | | 4. Hora | | 4. Outros: | | | |
| 5. Irregular | | 7. Venoclise | | 5. Hb | | 5. Hb | | 5. Hb | | 5. Outros: | | 5. Hora | | 5. Sinais/Volume | | 5. Hora | | 5. Outros: | | 5. Hora | | 5. Outros: | | 5. Hora | | 5. Outros: | | | |
| 6. Cateter O2 | | 8. Dreno | | 6. Hb | | 6. Hb | | 6. Hb | | 6. Outros: | | 6. Hora | | 6. Sinais/Volume | | 6. Hora | | 6. Outros: | | 6. Hora | | 6. Outros: | | 6. Hora | | 6. Outros: | | | |
| 7. Venoclise | | 9. SNG/SNE | | 7. Hb | | 7. Hb | | 7. Hb | | 7. Outros: | | 7. Hora | | 7. Sinais/Volume | | 7. Hora | | 7. Outros: | | 7. Hora | | 7. Outros: | | 7. Hora | | 7. Outros: | | | |
| 8. Dreno | | 10. Garrote | | 8. Hb | | 8. Hb | | 8. Hb | | 8. Outros: | | 8. Hora | | 8. Sinais/Volume | | 8. Hora | | 8. Outros: | | 8. Hora | | 8. Outros: | | 8. Hora | | 8. Outros: | | | |
| 9. SNG/SNE | | 11. TOT | | 9. Hb | | 9. Hb | | 9. Hb | | 9. Outros: | | 9. Hora | | 9. Sinais/Volume | | 9. Hora | | 9. Outros: | | 9. Hora | | 9. Outros: | | 9. Hora | | 9. Outros: | | | |
| 10. Garrote | | 12. SYD | | 10. Hb | | 10. Hb | | 10. Hb | | 10. Outros: | | 10. Hora | | 10. Sinais/Volume | | 10. Hora | | 10. Outros: | | 10. Hora | | 10. Outros: | | 10. Hora | | 10. Outros: | | | |
| 11. TOT | | 13. Outros: | | 12. Hb | | 12. Hb | | 12. Hb | | 12. Outros: | | 12. Hora | | 12. Sinais/Volume | | 12. Hora | | 12. Outros: | | 12. Hora | | 12. Outros: | | 12. Hora | | 12. Outros: | | | |
| 12. SYD | | 13. Outros: | | 13. Outros: | | 14. Outros: | | 14. Outros: | | 14. Outros: | | 14. Outros: | | 14. Outros: | | 14. Outros: | | 14. Outros: | | 14. Outros: | | 14. Outros: | | 14. Outros: | | 14. Outros: | | | |
| 13. Outros: | | 14. Outros: | | 15. Outros: | | 16. Outros: | | 17. Outros: | | 18. Outros: | | 19. Outros: | | 20. Outros: | | 21. Outros: | | 22. Outros: | | 23. Outros: | | 24. Outros: | | 25. Outros: | | 26. Outros: | | | |
| 14. Outros: | | 15. Outros: | | 16. Outros: | | 17. Outros: | | 18. Outros: | | 19. Outros: | | 20. Outros: | | 21. Outros: | | 22. Outros: | | 23. Outros: | | 24. Outros: | | 25. Outros: | | 26. Outros: | | 27. Outros: | | | |
| 15. Outros: | | 16. Outros: | | 17. Outros: | | 18. Outros: | | 19. Outros: | | 20. Outros: | | 21. Outros: | | 22. Outros: | | 23. Outros: | | 24. Outros: | | 25. Outros: | | 26. Outros: | | 27. Outros: | | 28. Outros: | | | |
| 16. Outros: | | 17. Outros: | | 18. Outros: | | 19. Outros: | | 20. Outros: | | 21. Outros: | | 22. Outros: | | 23. Outros: | | 24. Outros: | | 25. Outros: | | 26. Outros: | | 27. Outros: | | 28. Outros: | | 29. Outros: | | | |
| 17. Outros: | | 18. Outros: | | 19. Outros: | | 20. Outros: | | 21. Outros: | | 22. Outros: | | 23. Outros: | | 24. Outros: | | 25. Outros: | | 26. Outros: | | 27. Outros: | | 28. Outros: | | 29. Outros: | | 30. Outros: | | | |
| 18. Outros: | | 19. Outros: | | 20. Outros: | | 21. Outros: | | 22. Outros: | | 23. Outros: | | 24. Outros: | | 25. Outros: | | 26. Outros: | | 27. Outros: | | 28. Outros: | | 29. Outros: | | 30. Outros: | | 31. Outros: | | | |
| 19. Outros: | | 20. Outros: | | 21. Outros: | | 22. Outros: | | 23. Outros: | | 24. Outros: | | 25. Outros: | | 26. Outros: | | 27. Outros: | | 28. Outros: | | 29. Outros: | | 30. Outros: | | 31. Outros: | | 32. Outros: | | | |
| 20. Outros: | | 21. Outros: | | 22. Outros: | | 23. Outros: | | 24. Outros: | | 25. Outros: | | 26. Outros: | | 27. Outros: | | 28. Outros: | | 29. Outros: | | 30. Outros: | | 31. Outros: | | 32. Outros: | | 33. Outros: | | | |
| 21. Outros: | | 22. Outros: | | 23. Outros: | | 24. Outros: | | 25. Outros: | | 26. Outros: | | 27. Outros: | | 28. Outros: | | 29. Outros: | | 30. Outros: | | 31. Outros: | | 32. Outros: | | 33. Outros: | | 34. Outros: | | | |
| 22. Outros: | | 23. Outros: | | 24. Outros: | | 25. Outros: | | 26. Outros: | | 27. Outros: | | 28. Outros: | | 29. Outros: | | 30. Outros: | | 31. Outros: | | 32. Outros: | | 33. Outros: | | 34. Outros: | | 35. Outros: | | | |
| 23. Outros: | | 24. Outros: | | 25. Outros: | | 26. Outros: | | 27. Outros: | | 28. Outros: | | 29. Outros: | | 30. Outros: | | 31. Outros: | | 32. Outros: | | 33. Outros: | | 34. Outros: | | 35. Outros: | | 36. Outros: | | | |
| 24. Outros: | | 25. Outros: | | 26. Outros: | | 27. Outros: | | 28. Outros: | | 29. Outros: | | 30. Outros: | | 31. Outros: | | 32. Outros: | | 33. Outros: | | 34. Outros: | | 35. Outros: | | 36. Outros: | | 37. Outros: | | | |
| 25. Outros: | | 26. Outros: | | 27. Outros: | | 28. Outros: | | 29. Outros: | | 30. Outros: | | 31. Outros: | | 32. Outros: | | 33. Outros: | | 34. Outros: | | 35. Outros: | | 36. Outros: | | 37. Outros: | | 38. Outros: | | | |
| 26. Outros: | | 27. Outros: | | 28. Outros: | | 29. Outros: | | 30. Outros: | | 31. Outros: | | 32. Outros: | | 33. Outros: | | 34. Outros: | | 35. Outros: | | 36. Outros: | | 37. Outros: | | 38. Outros: | | 39. Outros: | | | |
| 27. Outros: | | 28. Outros: | | 29. Outros: | | 30. Outros: | | 31. Outros: | | 32. Outros: | | 33. Outros: | | 34. Outros: | | 35. Outros: | | 36. Outros: | | 37. Outros: | | 38. Outros: | | 39. Outros: | | 40. Outros: | | | |
| 28. Outros: | | 29. Outros: | | 30. Outros: | | 31. Outros: | | 32. Outros: | | 33. Outros: | | 34. Outros: | | 35. Outros: | | 36. Outros: | | 37. Outros: | | 38. Outros: | | 39. Outros: | | 40. Outros: | | 41. Outros: | | | |
| 29. Outros: | | 30. Outros: | | 31. Outros: | | 32. Outros: | | 33. Outros: | | 34. Outros: | | 35. Outros: | | 36. Outros: | | 37. Outros: | | 38. Outros: | | 39. Outros: | | 40. Outros: | | 41. Outros: | | 42. Outros: | | | |
| 30. Outros: | | 31. Outros: | | 32. Outros: | | 33. Outros: | | 34. Outros: | | 35. Outros: | | 36. Outros: | | 37. Outros: | | 38. Outros: | | 39. Outros: | | 40. Outros: | | 41. Outros: | | 42. Outros: | | 43. Outros: | | | |
| 31. Outros: | | 32. Outros: | | 33. Outros: | | 34. Outros: | | 35. Outros: | | 36. Outros: | | 37. Outros: | | 38. Outros: | | 39. Outros: | | 40. Outros: | | 41. Outros: | | 42. Outros: | | 43. Outros: | | 44. Outros: | | | |
| 32. Outros: | | 33. Outros: | | 34. Outros: | | 35. Outros: | | 36. Outros: | | 37. Outros: | | 38. Outros: | | 39. Outros: | | 40. Outros: | | 41. Outros: | | 42. Outros: | | 43. Outros: | | 44. Outros: | | 45. Outros: | | | |
| 33. Outros: | | 34. Outros: | | 35. Outros: | | 36. Outros: | | 37. Outros: | | 38. Outros: | | 39. Outros: | | 40. Outros: | | 41. Outros: | | 42. Outros: | | 43. Outros: | | 44. Outros: | | 45. Outros: | | 46. Outros: | | | |
| 34. Outros: | | 35. Outros: | | 36. Outros: | | 37. Outros: | | 38. Outros: | | 39. Outros: | | 40. Outros: | | 41. Outros: | | 42. Outros: | | 43. Outros: | | 44. Outros: | | 45. Outros: | | 46. Outros: | | 47. Outros: | | | |
| 35. Outros: | | 36. Outros: | | 37. Outros: | | 38. Outros: | | 39. Outros: | | 40. Outros: | | 41. Outros: | | 42. Outros: | | 43. Outros: | | 44. Outros: | | 45. Outros: | | 46. Outros: | | 47. Outros: | | 48. Outros: | | | |
| 36. Outros: | | 37. Outros: | | 38. Outros: | | 39. Outros: | | 40. Outros: | | 41. Outros: | | 42. Outros: | | 43. Outros: | | 44. Outros: | | 45. Outros: | | 46. Outros: | | 47. Outros: | | 48. Outros: | | 49. Outros: | | | |
| 37. Outros: | | 38. Outros: | | 39. Outros: | | 40. Outros: | | 41. Outros: | | 42. Outros: | | 43. Outros: | | 44. Outros: | | 45. Outros: | | 46. Outros: | | 47. Outros: | | 48. Outros: | | 49. Outros: | | 50. Outros: | | | |
| 38. Outros: | | 39. Outros: | | 40. Outros: | | 41. Outros: | | 42. Outros: | | 43. Outros: | | 44. Outros: | | 45. Outros: | | 46. Outros: | | 47. Outros: | | 48. Outros: | | 49. Outros: | | 50. Outros: | | 51. Outros: | | | |
| 39. Outros: | | 40. Outros: | | 41. Outros: | | 42. Outros: | | 43. Outros: | | 44. Outros: | | 45. Outros: | | 46. Outros: | | 47. Outros: | | 48. Outros: | | 49. Outros: | | 50. Outros: | | 51. Outros: | | 52. Outros: | | | |
| 40. Outros: | | 41. Outros: | | 42. Outros: | | 43. Outros: | | 44. Outros: | | 45. Outros: | | 46. Outros: | | 47. Outros: | | 48. Outros: | | 49. Outros: | | 50. Outros: | | 51. Outros: | | 52. Outros: | | 53. Outros: | | | |
| 41. Outros: | | 42. Outros: | | 43. Outros: | | 44. Outros: | | 45. Outros: | | 46. Outros: | | 47. Outros: | | 48. Outros: | | 49. Outros: | | 50. Outros: | | 51. Outros: | | 52. Outros: | | 53. Outros: | | 54. Outros: | | | |
| 42. Outros: | | 43. Outros: | | 44. Outros: | | 45. Outros: | | 46. Outros: | | 47. Outros: | | 48. Outros: | | 49. Outros: | | 50. Outros: | | 51. Outros: | | 52. Outros: | | 53. Outros: | | 54. Outros: | | 55. Outros: | | | |
| 43. Outros: | | 44. Outros: | | 45. Outros: | | 46. Outros: | | 47. Outros: | | 48. Outros: | | 49. Outros: | | 50. Outros: | | 51. Outros: | | 52. Outros: | | 53. Outros: | | 54. Outros: | | 55. Outros: | | 56. Outros: | | | |
| 44. Outros: | | 45. Outros: | | 46. Outros: | | 47. Outros: | | 48. Outros: | | 49. Outros: | | 50. Outros: | | 51. Outros: | | 52. Outros: | | 53. Outros: | | 54. Outros: | | 55. Outros: | | 56. Outros: | | 57. Outros: | | | |
| 45. Outros: | | 46. Outros: | | 47. Outros: | | 48. Outros: | | 49. Outros: | | 50. Outros: | | 51. Outros: | | 52. Outros: | | 53. Outros: | | 54. Outros: | | 55. Outros: | | 56. Outros: | | 57. Outros: | | 58. Outros: | | | |
| 46. Outros: | | 47. Outros: | | 48. Outros: | | 49. Outros: | | 50. Outros: | | 51. Outros: | | 52. Outros: | | 53. Outros: | | 54. Outros: | | 55. Outros: | | 56. Outros: | | 57. Outros: | | 58. Outros: | | 59. Outros: | | | |
| 47. Outros: | | 48. Outros: | | 49. Outros: | | 50. Outros: | | 51. Outros: | | 52. Outros: | | 53. Outros: | | 54. Outros: | | 55. Outros: | | 56. Outros: | | 57. Outros: | | 58. Outros: | | 59. Outros: | | 60. Outros: | | | |
| 48. Outros: | | 49. Outros: | | 50. Outros: | | 51. Outros: | | 52. Outros: | | 53. Outros: | | 54. Outros: | | 55. Outros: | | 56. Outros: | | 57. Outros: | | 58. Outros: | | 59. Outros: | | 60. Outros: | | 61. Outros: | | | |
| 49. Outros: | | 50. Outros: | | 51. Outros: | | 52. Outros: | | 53. Outros: | | 54. Outros: | | 55. Outros: | | 56. Outros: | | 57. Outros: | | 58. Outros: | | 59. Outros: | | 60. Outros: | | 61. Outros: | | 62. Outros: | | | |
| 50. Outros: | | 51. Outros: | | 52. Outros: | | 53. Outros: | | 54. Outros: | | 55. Outros: | | 56. Outros: | | 57. Outros: | | 58. Outros: | | 59. Outros: | | 60. Outros: | | 61. Outros: | | 62. Outros: | | 63. Outros: | | | |
| 51. Outros: | | 52. Outros: | | 53. Outros: | | 54. Outros: | | 55. Outros: | | 56. Outros: | | 57. Outros: | | 58. Outros: | | 59. Outros: | | 60. Outros: | | 61. Outros: | | 62. Outros: | | 63. Outros: | | 64. Outros: | | | |
| 52. Outros: | | 53. Outros: | | 54. Outros: | | 55. Outros: | | 56. Outros: | | 57. Outros: | | 58. Outros: | | 59. Outros: | | 60. | | | | | | | | | | | | | |

119-1

| | | | | |
|---|--|-------------------|----------------------|--------------------|
| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | HER |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | DN | |
| PACIENTE: <i>Antônio Ademir M. Muller Jr.</i> | | | | |
| DIAGNÓSTICO: <i>pe cavo e ulna D</i> | | | | |
| ALERGIAS: | | HAS | DM2 | |
| IDADE: <i>72</i> | | LEITO <i>VJ-1</i> | DATA <i>22/11/16</i> | HORARIO |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | <i>SN</i> |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFERICO | | | <i>M</i> |
| 3 | SF 0,9% 500ML EV S/N | | | <i>10:30-10:08</i> |
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 6/6 H <i>SN</i> | | | <i>10:30-10:08</i> |
| 5 | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA | | | <i>SN</i> |
| 6 | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5 | | | <i>16:30-5:20</i> |
| 7 | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIÁ | | | <i>DB</i> |
| 8 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | <i>SN</i> |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN | | | <i>SN</i> |
| 10 | <i>Clindamycin 600mg EV 1000g 1/6h 10:30-10:08</i> | | | <i>10:30-10:08</i> |
| 11 | <i>Titolo 20mg EV 1/21/20</i> | | | <i>10:30-10:08</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 (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250, 2UI, 251-300, 4UI, 301-350 6UI, 351-400, 8UI, ≥ 400, 10 UI E OU GLICOSE < 70 DM/L GLICOSE 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA | | | | |
| EVOLUÇÃO MEDICA: ENCONTRO PACIENTE OLITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTALTUANTE EXAME FÍSICO: BEG, ALCANÓTICO, ANICRÉTICO, AFEBRIL, EUPNÉICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSSESQUELETICA SEM QUEIXAS ALGICAS. | | | | |
| # SOLICITADO: | | | | |
| # CONDUTA: | | | | |
| # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: | | | | |
| # PREVISÃO DE ALTA: | | | | |

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|------|---|
| 6 H | PA | FC | FR | 1 |
| 10 H | 138x72 | 63 | 366 | |
| 18 H | 122/72 | 74 | 356 | |
| 24 H | 150/80 | 73 | | |
| o/24 | 128/78 | 73 | 35°C | |

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

22/11/16 *Resiente acanismo na
extremitade es
medio de novas
do 5-6º dedo que se d
dor intenso administrada
em CPM *7000*
Gelatina de M. C. Lima
Técnica de Entalhagem
2016-11-22*

10:30 Retorno do C.C. 10:30-10:08
com revisão em ANP de M. C. Lima
MSO immobilizado. 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 Ferreira 01/11/10</i> | | | | | |
| AGNÓSTICO | <i>xa evitativa (100%)</i> | | | | | |
| ALERGIAS | HAS | NEGA | DM2 | NEGA | | |
| IDADE | LEITO | 112 | DATA | 23/11/10 | | |
| ITEM | PREScrição | | | | HORÁRIO | |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | SN | |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFERICO | | | | Mont 20 | |
| 3 | SF 0,9% 500ML EV S/N | | | | SN | |
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H | | | | 12.00 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 | | | | 12.00 08 | |
| 8 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h | | | | 06 | |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | | SN | |
| 10 | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H | | | | 12.00 08 | |
| 11 | CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H | | | | 06 | |
| 12 | <i>1000ml D0mng EV 12/12h</i> | | | | 20.08 | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | SN | |
| 17 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | 06 | |
| 18 | CURATIVO DIÁRIO | | | | 06 | |
| 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 MEDICA: #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> | | | | | | |

| SINAIS VITAIS | | | | | MEDICO 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 | | 36.3 | |

18h Paciente nem quisca, sente bem
medicais presentes, segue aos
cuidados de enfermagem.

Dione Sábia Ferreira Diniz
COREN-RR 876.689-TE

plantar volume, adm
metabólica eletrólito
paciente. segue
aos cuidados.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

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

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| Localization | | Região: <u>lateral</u> | | Região: <u>lateral</u> | Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> |
| Etiologia | <input type="checkbox"/> LPP III IV ?* <input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Outro: |
| Aparecência do Leito | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Outros |
| Pele Perilesional | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: |
| Tipo de Exsudato | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Outro: |
| Quantidade de Exsudato | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Umido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Umido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Umido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Umido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Umido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: |
| Solução de Limpeza | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro: |
| Cobertura primária | <input 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: | <input 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: | <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 type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> Outro: |
| Profissional que realizou procedimento: | <u>Anna</u> | | | | |
| 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 |
| IDADE | | LEITO | 119-1 | DATA |
| ÍTEM | PREScriÇÃO | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | SN |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFERICO | | | MA 20:00 |
| 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 8/8H | | | AT 20:00 |
| 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 ÍTEM | | | |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG EV 1A DIA | | | 06:00 |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | |
| 10 | CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H | | | AT 02:00 |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | |
| 17 | SSVV + CCCG 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 60% 40 ML EV + AVISAR PI/ANTONISTA

Evolução médica:

#ENCONTRO PACIENTE DE FATO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE.
#EXAME FÍSICO: B/LG, ACIANÓTICO, ANICERICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DIA
6/11/19 A NOITE. CM DRENAGEM DE SECREÇÃO PURULENTA DE COTOVELO E BRAÇO
DIREITO, SEGUO SEM QUEIXAS, COM MELHORA DO ARCO DE MOVIMENTO DE
COTOVELO DIREITO

25/11/19 PA = 115/73
FC = 68 T = 36,4

*Dr. Maricélia Okemir
Médico
CRMRR 1851*

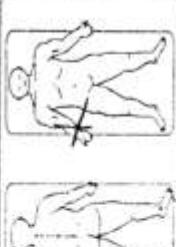
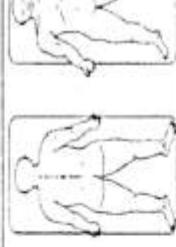
| SINAIS VITAIS | | | | DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 |
|---------------|--------|----|----|---|
| 6 H | PA | FC | FR | RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |
| 12 H | 130/80 | 73 | 19 | 36,5 |
| 18 H | 130/80 | 69 | 20 | 36,3 |
| 24 H | 127/83 | 79 | 20 | 36,5 |

O item de não realizada
por não ter

*Maricélia Sampaio Ferreira
COREN-RR 754419 TE*

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

| | | | | | |
|---|-------------------------|----------------|-----------|--------------------|----------------------|
|  HGR Tratamento de Feridas – HGR | Núcleo de Enfermagem em | Protocolo nº 1 | Versão:08 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018* |
| | Paciente: | Antônio Jeloei | | | |
| Leito: | Data: 24/11/149 | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|---|
| Localização |  |  | Região: BD | Grau: I (<input type="checkbox"/>) II (<input checked="" type="checkbox"/>) | Região:  | Grau: I (<input type="checkbox"/>) II (<input type="checkbox"/>) |
| Etiologia | (<input type="checkbox"/> LPP I II III 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 type="checkbox"/>) Outro: _____ | (<input type="checkbox"/> LPP I II III 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 type="checkbox"/>) Outro: _____ | (<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 _____ | (<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 _____ | (<input type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Macerado (<input type="checkbox"/>) Seca (<input 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: _____ |
| Aparência do Leito | (<input type="checkbox"/>) Purulento (<input type="checkbox"/>) Seroso (<input 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: _____ | (<input type="checkbox"/>) Putrefacto (<input type="checkbox"/>) Seroso (<input type="checkbox"/>) Sanguinolento (<input type="checkbox"/>) Seco (<input type="checkbox"/>) Outro: _____ | (<input type="checkbox"/>) Putrefacto (<input type="checkbox"/>) Seroso (<input type="checkbox"/>) Sanguinolento (<input type="checkbox"/>) Seco (<input type="checkbox"/>) Outro: _____ | (<input type="checkbox"/>) Molhado (<input type="checkbox"/>) Úmido (<input type="checkbox"/>) Seco | (<input type="checkbox"/>) Molhado (<input type="checkbox"/>) Úmido (<input type="checkbox"/>) Seco |
| Quantidade de Exsudato | (<input type="checkbox"/>) Molhado (<input type="checkbox"/>) Úmido (<input type="checkbox"/>) Seco | (<input type="checkbox"/>) Molhado (<input type="checkbox"/>) Úmido (<input type="checkbox"/>) Seco | (<input type="checkbox"/>) Molhado (<input type="checkbox"/>) Úmido (<input type="checkbox"/>) Seco | (<input type="checkbox"/>) Molhado (<input type="checkbox"/>) Úmido (<input type="checkbox"/>) Seco | (<input type="checkbox"/>) Molhado (<input 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"/>) Clorhexidina 2% (<input type="checkbox"/>) Álcool 70% | (<input type="checkbox"/>) Soro Fisiológico 0,9% (<input type="checkbox"/>) Clorhexidina 2% (<input type="checkbox"/>) Álcool 70% | (<input type="checkbox"/>) Soro Fisiológico 0,9% (<input type="checkbox"/>) Clorhexidina 2% (<input type="checkbox"/>) Álcool 70% | (<input 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: _____ | (<input type="checkbox"/>) Gaze (<input type="checkbox"/>) Colagenase/Fibrinase (<input type="checkbox"/>) Sulfadiazina de Prata (<input type="checkbox"/>) Hidrogel (<input type="checkbox"/>) Outro: _____ |
| Cobertura primária | (<input 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: _____ | (<input 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"/>) Diário (<input type="checkbox"/>) 48/48h | (<input type="checkbox"/>) Diário (<input type="checkbox"/>) 48/48h | (<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 |
| IDADE | LEITO | 119-1 | DATA 25/11/2019 |
| ITEM | PREScriÇÃO | | |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFERICO | | |
| 3 | SF 0,9% 500ML EV S/N | | |
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN | | |
| 5 | SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h | | |
| 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 1X DIA 06 | | |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N 11 | | |
| 10 | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H 14 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 | | |
| 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 MEDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO DIA
6/11/19 A NOITE CM DRENAGEM DE SECREÇÃO PURULENTA DE COTOVELO E BRAÇO
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
MEDICO 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 Anderson Alves ANOS, 20, DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 20/01/2011 COM DIAGNÓSTICO DE Fratura exposta de fêmur.

NO DIA 29/01/2011, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE Fratura exposta de fêmur, SENDO OPERADO PELO DR. Anderson Alves E DR. Waldemar.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 01/02/2011, ÀS 10:00, EM BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL CORONEL MOTA NO DIA 01/02/2011, ÀS 10:00, COM O DR. Anderson Alves.

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 Anderson Alves

BOA VISTA, 01/02/2011

Dr. Pedro de S. Faust
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 PERIFERICO | |
| 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 IN | |
| 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 MEDICA:

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

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

#SOLICITADO:

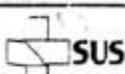
#CONDUTA: MANTIDA

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

#PREVISÃO DE ALTA:

| SINAIS VITAIS | | | | Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO |
|---------------|----|----|----|--|
| 6 H | PA | FC | FR | CRM-RR 2028 |
| 12 H | | | | Residente de Ortopedia e Traumatologia |
| 18 H | | | | |
| 24 H | | | | |

Data: 10/09/15/15



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

175228

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

29/01/99

9 - SEXO

Masc. 1Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

DDD

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

paciente vítima de acidente com moto, desequilibrado, com fratura de ossos do membro D. (Dirigível)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As Acima

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

Rx + exame gmo

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

() CNS() CPF

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 SEGURODORA

37 - N° DO BILHETE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

38 - SÉRIE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - CNAE DA EMPRESA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO() EMPREGADOR() AUTÔNOMO() DESEMPREGADO() APOSENTADO() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS() CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

6/10/15

03080 (0019)
T068
5529 V799

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



| | | | | | |
|------------------|---|-------|-----|------------------------|-------------------|
| DATA DE ADMISSÃO | DIH | DN | | | |
| PACIENTE | <i>Antônio Adair M. da Silveira - Genim</i> | | | | |
| AGNÓSTICO | <i>1x000 do anticoagulante D +</i> | | | | |
| ALERGIAS | HAS | NEGA | DM2 | NEGA | |
| IDADE | 19 | LEITO | 65 | DATA <i>6/10/19</i> | |
| ITEM | PREScrição | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | <i>110</i> |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFERICO | | | | <i>mais</i> |
| 3 | SF 0,9% 500ML EV S/N | | | | <i>11 115</i> |
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H | | | | <i>CRS 12 114</i> |
| 5 | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA | | | | <i>06</i> |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | | | | <i>11</i> |
| 7 | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 | | | | <i>11</i> |
| 8 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h | | | | <i>11 12 60</i> |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | | <i>11 015</i> |
| 10 | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H | | | | <i>CRS 21 114</i> |
| 11 | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H | | | | <i>11 224</i> |
| 12 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | <i>11</i> |
| 13 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | <i>estava</i> |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | <i>realizar</i> |
| 15 | <i>Tedol 20mg EV de 12/12h</i> | | | | <i>11 30</i> |
| 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, ANICTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO : RX: # CONDUTA : MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA :



| SINAIS VITAIS | | | |
|---------------|---------------|----|---------------|
| 6 H | <i>120x80</i> | PC | <i>35-3</i> |
| 12 H | <i>132x75</i> | RR | <i>36°C</i> |
| 16 H | <i>125x69</i> | RR | <i>36,5°C</i> |
| 24 H | <i>120x70</i> | RR | <i>35,3</i> |

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



9:00 PP:139 x 49
FC: 92



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



65

| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | DN | |
|------------------|--|-------------------------|------|-------------|
| PACIENTE | | ANTONIO ALDACIR MURUSSI | | |
| AGNÓSTICO | | FX ANTEBRAÇO D | | |
| ALERGIAS | | HAS | NEGA | DM2 |
| IDADE | LEITO | 65 | DATA | 07/10/2019 |
| ÍTEM | PRESCRIÇÃO | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | SN |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFERICO | | | ATENÇÃO |
| 3 | SF 0,9% 500ML EV S/N | | | → SN |
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN | | | → SN |
| 7 | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM | | | → SN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA | | | DB |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | SN |
| 10 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h | | | IM 23/10/19 |
| 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, ACIÁTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

| SINAIS VITAIS | | | | Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO |
|---------------|--------|----|----|---------------------------|
| 6 H | PA | FC | FR | CRM-RR 2028 |
| 12 H | 150/90 | 85 | 17 | 36°C |
| 18 H | 131/94 | 68 | 18 | 36,2°C |
| 24 H | 127/90 | 70 | 20 | 35,9 |

Residente de Ortopedia e Traumatologia

12:00h. Aferido SSVV, Célia
adm. Tenoxicam 200 CPM anterior. Cefal. G. H. Anticoagulante.
Instalado Torneirinha.

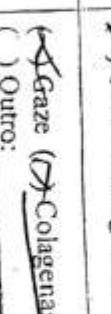
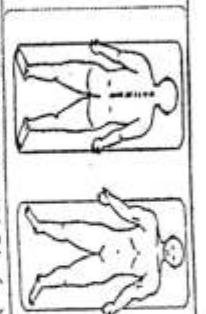
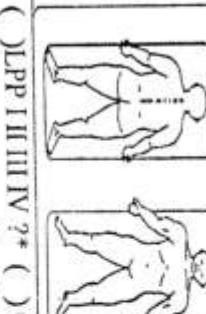
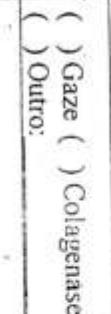
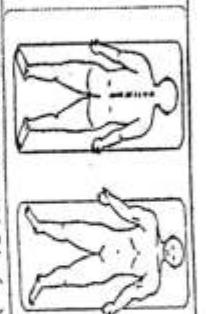
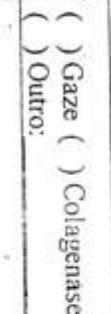
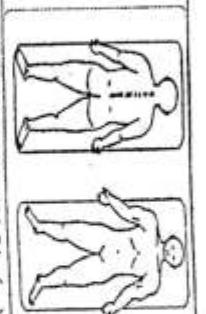
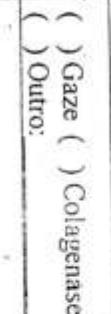
Evolução do Curativo

HGR

Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –

HGR

Paciente: Antônio Adair de Oliveira
Data: 02/10/2019
Protocolo nº 1
Versão:08
Elaborada: 02/2013
Atualizada: 12/2018

| | | | | |
|---|--|---|---|---------|
| Localização |  | Região: <u>M E</u> |  | Região: |
| Aparência do Leito | () Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () LPP I II III IV ?* () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____ | Grau: I () II () |  | Região: |
| Pele Perilesional | () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____ | Grau: I () II () |  | Região: |
| Quantidade de Exsudato | () Molhado () Úmido () Seco | () Molhado () Úmido () Seco |  | Região: |
| Solução de Limpeza | () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% | () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% |  | Região: |
| Cobertura primária | () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____ | () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____ |  | Região: |
| Troca | () 12/12 () Diário () 48/48h | () 12/12 () Diário () 48/48h |  | Região: |
| Profissional que realizou procedimento: | <u>Franqueiro</u> Técnica em Enfermagem CORPOCR - 535058 EC | <u>Márcio Reis Fonseca</u> Técnica de Enfermagem CORPOCR - 0088000000000000 | | |
| Observações: | <u>Padrasto curativo no rupêso cutâneo</u> <u>Padrasto curativo</u> | | | |



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



65

| | | | | |
|------------------|--|-----|--|----|
| 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 | SNP |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFERICO | Manhã |
| 3 | SF 0,9% 500ML EV S/N | 3/2 |
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN | SN |
| 5 | | |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN | SN |
| 7 | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM | 06 |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIÁ | SN |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | SN |
| 10 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h | 11/22/06 NTF |
| 11 | | |
| 12 | | |

| | | |
|----|---|-------|
| 13 | | |
| 14 | | |
| 15 | | |
| 16 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | 3/2 |
| 17 | SSVV + CCGG 6/6 H | relin |
| 18 | CURATIVO DIÁRIO | relin |
| 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:

| | | | | |
|-------|----------|----|----|------|
| ob:00 | 120x80 | 57 | 19 | 36,5 |
| 6 H | PA | FC | FR | |
| 12 H | 150 x 80 | 70 | 18 | 36,5 |
| 18 H | 117 x 71 | 79 | 20 | 36 |
| 24 H | 120x80 | 75 | 21 | 36,9 |

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO

CRM-RR 2028

Residente de Ortopedia e Traumatologia

AS 12:00h Paciente no leito, A fadiga esv.

Realizando cuidados de enfermagem.

segue sem queixa Rosilene Garcia P. Mendes

Técnica Enfermagem
COREN-RR 552.039-TE

paciente no leito, realizando
SEV e Medicação
Divul 18h

Internado Gabinete dos 100m
Jacarepaguá RJ 12/10/2019

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HER

Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –

HGR

Paciente: Antonio Olari
Leito: 15

Data: 08 / 10 / 19

Protocolo nº 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018



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 Alhain 19 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 06/10/19 COM
DIAGNÓSTICO DE Fractura de fíbula
NO DIA 11/10/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

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

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 11/10/19 AS 10:00, COM O
DR. Anderson da Silva - CRM-RR 10623

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.

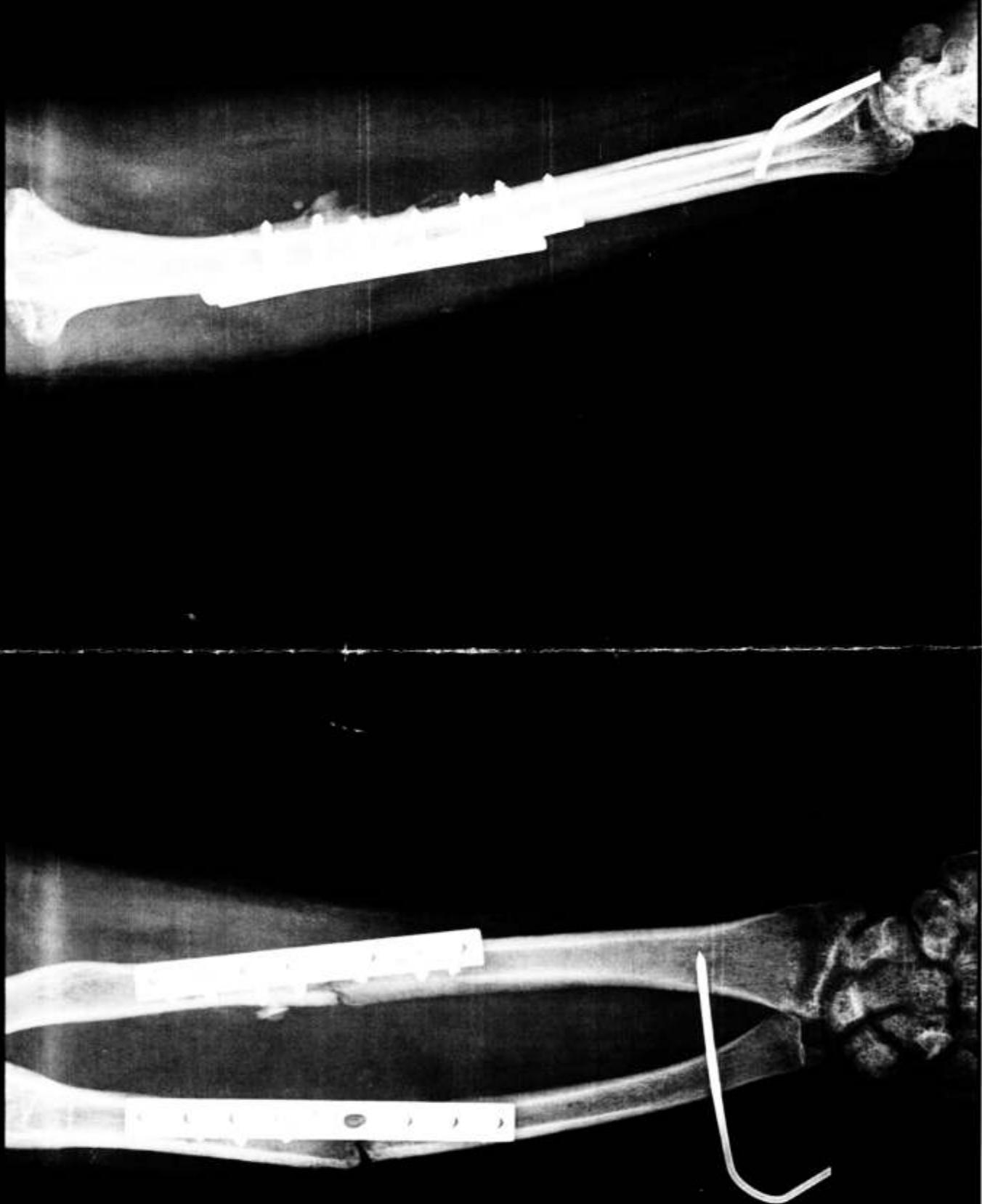
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Anderson

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2044

BOA VISTA, 07/10/19

MÉDICO

D



ANTONIO ODACIR M OLIVEIRA
HOSPITAL CORONEL MOTA

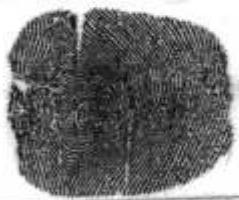
14373
18/12/2019

Vilson

65 5 %

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



William gonçalves franco

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VALIDADE

13/10/2016

INSTITUTO
SERIAL

239717

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

PAIS/AVÔS

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

SANTA INÊS - MA

OCUPAÇÃO

CERTO CAS 10492 FLS 292 LIV 8-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20 AMADEU ROCHA TRIANI

Foto Pólo Fotográfico da Polícia Civil

2 VIA

LEI N° 7.118 DE 29/08/83

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

P. 1

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 DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

FILIAÇÃO.....: ROSARIO MUJICA SORILLA
ELIONAYS CARRERA SANTA MARIA
NASCIMENTO.....: 13/10/1985
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO
NACIONALIDADE: VENEZUELA
DOCUMENTO.....: PROTOCOLO P.F. 08115061861201898 - 3006/2018
RNE.....: BASE LEI N. 0474250 ART. 21 § 1º
MODALIDADE: 713.375.38-24
CPF.....: 3006/2019
VALIDADE: 28/09/2018
LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/PR - BOA VISTA
DATA DE EMISSÃO: 28/09/2018
ASSINATURA DO EMISSOR
Argelio Jose Carrera Mujica
MÁRCIO FILHO DE OLIVEIRA
Assentador Regional do Trabalho e Previdência

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

FISSÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /
DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARAMBÔ DO SERVIDOR

NOVO

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARAMBÔ DO SERVIDOR

NOVO

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARAMBÔ DO SERVIDOR

NOVO

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARAMBÔ DO SERVIDOR

LEGENDA

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



6. PORTARIA DE INSTRUÇÕES TECNICAS DE BEMÉS PREVISTAS NO ART. 4º DA LEI N. 15.445/2012 C. NÃO RECEBEM TRATAMENTOS DESCRITIVOS, EXCEPCIONALMENTE, NA TABELA DE INSTRUÇÕES TECNICAS, DOCUMENTO GARANTE E ACESSO A MÉS SERVIÇOS PREVISTOS, EXCETO OS RELATIVOS À FORTIFICAÇÃO, UNDA, FORTINAMENTE E REFORÇAMENTO DE PAREDES, A EXCEPÇÃO DE CEP, CEPs E ACESSO DE CONTA BANCÁRIA.

CPF: 123.456.789-00
CLASSIFICAÇÃO: TEMPORARIO
PERÍODO DE RESIDÊNCIA: 12/03/2021
EMISSÃO: 13/05/2019 CGP1/DIREX/PF
AVARO LEGAL: PORTARIA INTERMINISTERIAL N 9/2018



A GRUPO DE AUTORES APRESENTA CONSULTA DE TÍTULO ILUMINADO DENTAL EM PRACTA DENTAL

I<BRAF079184G<2<<<<<<<<<<<<
8510138M2103123VEN<<<<<<<<<<<8
CARRERA<MUJICA<<ARGELIO<JOSE<<



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
713.375.381-24

Nome
ARGELO JOSE CARRERA MUJICA

Nascimento
13/10/1985

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

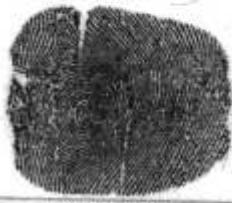


Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:41:34 do dia 30/06/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO OÍDIO CRUZ



pegar direita



William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

13/10/2016

REGISTRO
Nº

239717

VALIDADE

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC - EPIODEM

CERTO CAS: 10492 FLS 292 LIV 8-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI
Partido Paulista - P. Paulista
Divisão do PDC

2 VIA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0068608/20

Vítima: ARGELO JOSE CARRERA MUJICA

CPF: 713.375.381-24

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/11/2019

Titular do CPF: ARGELO JOSE CARRERA MUJICA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

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

ARGELO 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: ARGELO JOSE CARRERA MUJICA

CPF: 713.375.381-24

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/11/2019

Titular do CPF: ARGELO JOSE CARRERA MUJICA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

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

ARGELO 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:

Nome do beneficiário:

Nome do solicitante:

Data da solicitação:

09/03/20

DD/MM/AA

CPF do beneficiário:

713.375.381-24

CPF do solicitante:

825.396.343-20

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95 , 99113-3855)

Tel. Comercial: (000)

Tel. Residencial: (000)

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 IRR

Local e Data

William gonçalves franco

Assinatura do solicitante ou de quem assina o 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 URNA 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 URNA 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: Angelo Jose Carrera Muica
NACIONALIDADE: venezuelano ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Pedreiro RG: F079184-0
CPF: 713.375.381-24 ENDEREÇO: Rua Purimato, 512
BAIRRO: São Dimas Primavera CIDADE: Boca Vista
CEP: 69.314-226

VITIMA: Angelo Jose Carrera Muica
CPF: 713.375.381-24 DATA DO ACIDENTE: 03/11/19
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

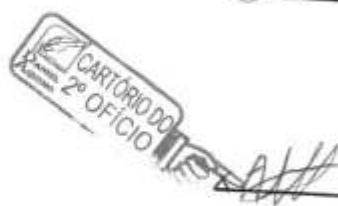
OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: brasileiro
ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Pintor
Nº. DO RG: 2397717 ORGÃO EMISSOR: SESPIRR
DATA DE EMISSÃO: 13/10/16
Nº. DO CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua 00-11, 291 - Centro Moreino

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidez, 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.

Boca Vista/RR, 06 de Dezembro de 2019

**ASSINATURA****OBS: Reconhecer por autenticidade**

Cartório do 2º Ofício de Boca Vista
Daniel Aquino - Tabellão e Registros
Av. Alzídio Teixeira, 4407 - Ass. Beira - Beira
Fone: (65) 3637-4700
E-mail: cartorioautenticacao@bocavista.roraima.gov.br

Em testemunho da verdade, RPO
De que data: 06/12/2019, 06 de dezembro de 2019.
Consulte o(s) seu(s) ato(s) anexo(s) em cidadao.portalabrir.com.br
RECFIR: 1662907/Q4DRK2400TVW4937

Emolumentos: R\$ 2,48 Fundos ISS: R\$ 0,58 Selo: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,56

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Angelo Jose Carrera Muica
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Pedreiro RG: F079184-0
CPF: 713.375.381-24 ENDEREÇO: Rua Purimato, 512
BAIRRO: Saúde Primavera CIDADE: Bonito
CEP: 69.314-226

VITIMA: Angelo Jose Carrera Muica
CPF: 713.375.381-24 DATA DO ACIDENTE: 03/11/19
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Pedreiro
Nº. DO RG: 239717 ORGÃO EMISSOR: SESPIRR
DATA DE EMISSÃO: 13/10/16
Nº. DO CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua 00-11, 291 - bairro Moreino

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidez, 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.

Bonito/RR, 06 de Dezembro de 2019

**ASSINATURA****OBS: Reconhecer por autenticidade**

Cartório do 1º Ofício de Bonito
Daniel Aquino - Tabellão e Registros
Av. Alzídio Teixeira, 4407 - Bonito - MS
Fone: (65) 3777-4700
E-mail: daniel.aquino@notariado.com.br



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0068608/20

Vítima: ARGELO JOSE CARRERA MUJICA

CPF: 713.375.381-24

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/11/2019

Titular do CPF: ARGELO JOSE CARRERA MUJICA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

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

ARGELO 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/11/2019

Titular do CPF: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

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

Rio de Janeiro, 16 de 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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 URNA 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 URNA 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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
213.375.381-24 *William José Pottker Mújica*

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

5 - Nome completo: *William José Pottker Mújica* 6 - CPF: *213.375.381-24*
7 - Profissão: *Serviços Gerais* 8 - Endereço: *Rua Lurimata* 9 - Número: *512* 10 - Complemento:
11 - Bairro: *Jardim Primavera* 12 - Cidade: *São Paulo* 13 - Estado: *SP* 14 - CEP: *09.314-226*
15 - E-mail: *4549113-5855* 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

| | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não
teve filhos? teve irmãos?

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 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Brasil RR 10 de Fevereiro de 2020*

X AIA 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves 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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

713.375.381-24 *William José Ferreira Mufica*

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

| | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------|-------------------|
| 5 - Nome completo: | 6 - CPE: | | |
| <i>William José Ferreira Mufica</i> | 713.375.381-24 | | |
| 7 - Profissão: | 8 - Endereço: | 9 - Número: | 10 - Complemento: |
| <i>Funcionário</i> | <i>Rua Cláudio</i> | <i>512</i> | |
| 11 - Bairro: | 12 - Cidade: | 13 - Estado: | 14 - CEP: |
| <i>Jardim Primavera</i> | <i>Bonito</i> | <i>MS</i> | 0314-226 |
| 15 - E-mail: | 16 - Tel.(DDD): 95 94113-5855 | | |

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:

| | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: *ITAU*

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

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|
| 23 - Estado civil da vítima: | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima: | | | |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | | |
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha:

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha:

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

40 - Local e Data: *Boa Vista RR 10*

de Fevereiro de 2020

x A/ 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (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 DEPABLOS (ENVOLVIDO)

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

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: GIDEÃO

Bairro: CAMBARÁ

Nº: 247

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
PÓLICIA 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 UTCHE (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 inicio quando Wenderson Franco dos Santos, conduzia uma motocicleta de cor verde da marca HONDA e segundo relato de populares, Duas ambulâncias do SAMU foram enviadas para o local e no momento de atender Argelio Jose Carrera Mujica, a técnica de enfermagem Tamires Leandro da Silva, foi agredida verbalmente por Dulvis Iilitza 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 Iilitza Mato Depablos, se afastasse, momento em que ela senhora Dulvis Iilitza 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 Policia Civil, Nelson Souza. É o relato. QUE NA DATA DE HOJE, 07/02/20, COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO O SR. ARGELIO ATRAVESSANDO A AV RUY 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 DESEA 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 Policia

Matrícula 42000370

Responsável pelo Atendimento

Argelio José Carrera Mujica

(Envolvido / Comunicante)

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

Delegado de Policia Civil: Míriam Di Mânsio
Impressão por: Jefferson Inacio 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

Bairro: CAMBARÁ

Nº: 247

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
PÓLICIA 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 UTCHE (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: TAMIRE 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 Nº: 919
Bairro: ASA BRANCA

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 inicio quando Wenderson Franco dos Santos, conduzia uma motocicleta de cor verde da marca HONDA e segundo relato de populares, Duas ambulâncias do SAMU foram enviadas para o local e no momento de atender Argelio Jose Carrera Mujica, a técnica de enfermagem Tamires Leandro da Silva, foi agredida verbalmente por Dulvis Iliza 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 Iliza Mato Depablos, se afastasse, momento em que ela senhora Dulvis Iliza 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 Policia Civil, Nelson Souza. É o relato. QUE NA DATA DE HOJE, 07/02/20, COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO O SR. ARGELIO ATRAVESSANDO A AV RUY 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 DESEA 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 Policia

Matrícula 42000370

Responsável pelo Atendimento

Argelio José Carrera Mujica

(Envolvido / Comunicante)

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

Delegado de Policia Civil: Míriam Di Mânsio
Impressão por: Jefferson Mació 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) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº identificação ASU:

3 - OFF de vítima:

4 - Nome completo da vítima:
4-13.376.381-24 Wellington dos Reis Mafico

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

5 - Nome completo: **Wellington dos Reis Mafico**

6 - CPF: **413.376.381-24**

7 - Endereço: **Rua das Laranjeiras**

8 - Bairro: **Botafogo**

9 - Cidade: **Rio de Janeiro**

10 - Complemento: **512**

11 - Gênero: **M**

12 - Idade: **28**

13 - Endereço: **Rua das Laranjeiras**

14 - CEP: **22241-000**

15 - E-mail: **wellington.mafico@uol.com.br**

16 - Telefone: **(21) 314-226**

17 - Número completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme anexo anexo (ANEXO CÓPIA).

20 - FAIXA DE RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECEBENDO INFORMAR R\$1.001,00 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

CONTA POUPANÇA (informar os bancos que se aplicam, assim que informado)

Bradesco (237) Itaú (344) CONTA CORRENTE (informar banco)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: **ITAÚ**

AGÊNCIA: **0153** CONTA: **27017** Z

Informar o agência e conta (informar o agência e conta)

Informar o agência e conta (informar o agência e conta)

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sou eu, pessoa física, que sou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.134/74), uma vez que:

• Não há IML que atenda a regras do acidente ou da minha residência; ou

• O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Sei que o prazo de análise de minha pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, não pode exceder 90 (noventa) dias da apresentação do laudo de IML, contando-se, desde já, até que submetter à análise médica provincial, se a mesma não estiver, as custas automóveis, conforme o disposto na Lei nº 6.134/74.

Declaro que esta declaração não significa privar a vítima de concordância com a futura avaliação médica ou tentar a direita de contestar a avaliação médica, caso

23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO JUNTAMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Grado de parentesco com a vítima: 25 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 26 - Seu último debole (companheiro(a)), informar o nome completo:

27 - Vítima: Sim Não 28 - Seu último debole (companheiro(a)), informar o nome completo:
 nome: **Wellington dos Reis Mafico** 29 - Seu último debole (companheiro(a)), informar o nome completo:
 nome: **Wellington dos Reis Mafico** 30 - Vítima: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Seu último debole (companheiro(a)), informar o nome completo:
 nome: **Wellington dos Reis Mafico** 33 - Vítima: Sim Não 34 - Vítima: Sim Não 35 - Vítima: Sim Não 36 - Vítima: Sim Não 37 - Vítima: Sim Não 38 - Vítima: Sim Não 39 - Vítima: Sim Não 40 - Vítima: Sim Não 41 - Vítima: Sim Não 42 - Vítima: Sim Não 43 - Vítima: Sim Não 44 - Vítima: Sim Não 45 - Vítima: Sim Não 46 - Vítima: Sim Não 47 - Vítima: Sim Não 48 - Vítima: Sim Não 49 - Vítima: Sim Não 50 - Vítima: Sim Não 51 - Vítima: Sim Não 52 - Vítima: Sim Não 53 - Vítima: Sim Não 54 - Vítima: Sim Não 55 - Vítima: Sim Não 56 - Vítima: Sim Não 57 - Vítima: Sim Não 58 - Vítima: Sim Não 59 - Vítima: Sim Não 60 - Vítima: Sim Não 61 - Vítima: Sim Não 62 - Vítima: Sim Não 63 - Vítima: Sim Não 64 - Vítima: Sim Não 65 - Vítima: Sim Não 66 - Vítima: Sim Não 67 - Vítima: Sim Não 68 - Vítima: Sim Não 69 - Vítima: Sim Não 70 - Vítima: Sim Não 71 - Vítima: Sim Não 72 - Vítima: Sim Não 73 - Vítima: Sim Não 74 - Vítima: Sim Não 75 - Vítima: Sim Não 76 - Vítima: Sim Não 77 - Vítima: Sim Não 78 - Vítima: Sim Não 79 - Vítima: Sim Não 80 - Vítima: Sim Não 81 - Vítima: Sim Não 82 - Vítima: Sim Não 83 - Vítima: Sim Não 84 - Vítima: Sim Não 85 - Vítima: Sim Não 86 - Vítima: Sim Não 87 - Vítima: Sim Não 88 - Vítima: Sim Não 89 - Vítima: Sim Não 90 - Vítima: Sim Não 91 - Vítima: Sim Não 92 - Vítima: Sim Não 93 - Vítima: Sim Não 94 - Vítima: Sim Não 95 - Vítima: Sim Não 96 - Vítima: Sim Não 97 - Vítima: Sim Não 98 - Vítima: Sim Não 99 - Vítima: Sim Não 100 - Vítima: Sim Não 101 - Vítima: Sim Não 102 - Vítima: Sim Não 103 - Vítima: Sim Não 104 - Vítima: Sim Não 105 - Vítima: Sim Não 106 - Vítima: Sim Não 107 - Vítima: Sim Não 108 - Vítima: Sim Não 109 - Vítima: Sim Não 110 - Vítima: Sim Não 111 - Vítima: Sim Não 112 - Vítima: Sim Não 113 - Vítima: Sim Não 114 - Vítima: Sim Não 115 - Vítima: Sim Não 116 - Vítima: Sim Não 117 - Vítima: Sim Não 118 - Vítima: Sim Não 119 - Vítima: Sim Não 120 - Vítima: Sim Não 121 - Vítima: Sim Não 122 - Vítima: Sim Não 123 - Vítima: Sim Não 124 - Vítima: Sim Não 125 - Vítima: Sim Não 126 - Vítima: Sim Não 127 - Vítima: Sim Não 128 - Vítima: Sim Não 129 - Vítima: Sim Não 130 - Vítima: Sim Não 131 - Vítima: Sim Não 132 - Vítima: Sim Não 133 - Vítima: Sim Não 134 - Vítima: Sim Não 135 - Vítima: Sim Não 136 - Vítima: Sim Não 137 - Vítima: Sim Não 138 - Vítima: Sim Não 139 - Vítima: Sim Não 140 - Vítima: Sim Não 141 - Vítima: Sim Não 142 - Vítima: Sim Não 143 - Vítima: Sim Não 144 - Vítima: Sim Não 145 - Vítima: Sim Não 146 - Vítima: Sim Não 147 - Vítima: Sim Não 148 - Vítima: Sim Não 149 - Vítima: Sim Não 150 - Vítima: Sim Não 151 - Vítima: Sim Não 152 - Vítima: Sim Não 153 - Vítima: Sim Não 154 - Vítima: Sim Não 155 - Vítima: Sim Não 156 - Vítima: Sim Não 157 - Vítima: Sim Não 158 - Vítima: Sim Não 159 - Vítima: Sim Não 160 - Vítima: Sim Não 161 - Vítima: Sim Não 162 - Vítima: Sim Não 163 - Vítima: Sim Não 164 - Vítima: Sim Não 165 - Vítima: Sim Não 166 - Vítima: Sim Não 167 - Vítima: Sim Não 168 - Vítima: Sim Não 169 - Vítima: Sim Não 170 - Vítima: Sim Não 171 - Vítima: Sim Não 172 - Vítima: Sim Não 173 - Vítima: Sim Não 174 - Vítima: Sim Não 175 - Vítima: Sim Não 176 - Vítima: Sim Não 177 - Vítima: Sim Não 178 - Vítima: Sim Não 179 - Vítima: Sim Não 180 - Vítima: Sim Não 181 - Vítima: Sim Não 182 - Vítima: Sim Não 183 - Vítima: Sim Não 184 - Vítima: Sim Não 185 - Vítima: Sim Não 186 - Vítima: Sim Não 187 - Vítima: Sim Não 188 - Vítima: Sim Não 189 - Vítima: Sim Não 190 - Vítima: Sim Não 191 - Vítima: Sim Não 192 - Vítima: Sim Não 193 - Vítima: Sim Não 194 - Vítima: Sim Não 195 - Vítima: Sim Não 196 - Vítima: Sim Não 197 - Vítima: Sim Não 198 - Vítima: Sim Não 199 - Vítima: Sim Não 200 - Vítima: Sim Não 201 - Vítima: Sim Não 202 - Vítima: Sim Não 203 - Vítima: Sim Não 204 - Vítima: Sim Não 205 - Vítima: Sim Não 206 - Vítima: Sim Não 207 - Vítima: Sim Não 208 - Vítima: Sim Não 209 - Vítima: Sim Não 210 - Vítima: Sim Não 211 - Vítima: Sim Não 212 - Vítima: Sim Não 213 - Vítima: Sim Não 214 - Vítima: Sim Não 215 - Vítima: Sim Não 216 - Vítima: Sim Não 217 - Vítima: Sim Não 218 - Vítima: Sim Não 219 - Vítima: Sim Não 220 - Vítima: Sim Não 221 - Vítima: Sim Não 222 - Vítima: Sim Não 223 - Vítima: Sim Não 224 - Vítima: Sim Não 225 - Vítima: Sim Não 226 - Vítima: Sim Não 227 - Vítima: Sim Não 228 - Vítima: Sim Não 229 - Vítima: Sim Não 230 - Vítima: Sim Não 231 - Vítima: Sim Não 232 - Vítima: Sim Não 233 - Vítima: Sim Não 234 - Vítima: Sim Não 235 - Vítima: Sim Não 236 - Vítima: Sim Não 237 - Vítima: Sim Não 238 - Vítima: Sim Não 239 - Vítima: Sim Não 240 - Vítima: Sim Não 241 - Vítima: Sim Não 242 - Vítima: Sim Não 243 - Vítima: Sim Não 244 - Vítima: Sim Não 245 - Vítima: Sim Não 246 - Vítima: Sim Não 247 - Vítima: Sim Não 248 - Vítima: Sim Não 249 - Vítima: Sim Não 250 - Vítima: Sim Não 251 - Vítima: Sim Não 252 - Vítima: Sim Não 253 - Vítima: Sim Não 254 - Vítima: Sim Não 255 - Vítima: Sim Não 256 - Vítima: Sim Não 257 - Vítima: Sim Não 258 - Vítima: Sim Não 259 - Vítima: Sim Não 260 - Vítima: Sim Não 261 - Vítima: Sim Não 262 - Vítima: Sim Não 263 - Vítima: Sim Não 264 - Vítima: Sim Não 265 - Vítima: Sim Não 266 - Vítima: Sim Não 267 - Vítima: Sim Não 268 - Vítima: Sim Não 269 - Vítima: Sim Não 270 - Vítima: Sim Não 271 - Vítima: Sim Não 272 - Vítima: Sim Não 273 - Vítima: Sim Não 274 - Vítima: Sim Não 275 - Vítima: Sim Não 276 - Vítima: Sim Não 277 - Vítima: Sim Não 278 - Vítima: Sim Não 279 - Vítima: Sim Não 280 - Vítima: Sim Não 281 - Vítima: Sim Não 282 - Vítima: Sim Não 283 - Vítima: Sim Não 284 - Vítima: Sim Não 285 - Vítima: Sim Não 286 - Vítima: Sim Não 287 - Vítima: Sim Não 288 - Vítima: Sim Não 289 - Vítima: Sim Não 290 - Vítima: Sim Não 291 - Vítima: Sim Não 292 - Vítima: Sim Não 293 - Vítima: Sim Não 294 - Vítima: Sim Não 295 - Vítima: Sim Não 296 - Vítima: Sim Não 297 - Vítima: Sim Não 298 - Vítima: Sim Não 299 - Vítima: Sim Não 300 - Vítima: Sim Não 301 - Vítima: Sim Não 302 - Vítima: Sim Não 303 - Vítima: Sim Não 304 - Vítima: Sim Não 305 - Vítima: Sim Não 306 - Vítima: Sim Não 307 - Vítima: Sim Não 308 - Vítima: Sim Não 309 - Vítima: Sim Não 310 - Vítima: Sim Não 311 - Vítima: Sim Não 312 - Vítima: Sim Não 313 - Vítima: Sim Não 314 - Vítima: Sim Não 315 - Vítima: Sim Não 316 - Vítima: Sim Não 317 - Vítima: Sim Não 318 - Vítima: Sim Não 319 - Vítima: Sim Não 320 - Vítima: Sim Não 321 - Vítima: Sim Não 322 - Vítima: Sim Não 323 - Vítima: Sim Não 324 - Vítima: Sim Não 325 - Vítima: Sim Não 326 - Vítima: Sim Não 327 - Vítima: Sim Não 328 - Vítima: Sim Não 329 - Vítima: Sim Não 330 - Vítima: Sim Não 331 - Vítima: Sim Não 332 - Vítima: Sim Não 333 - Vítima: Sim Não 334 - Vítima: Sim Não 335 - Vítima: Sim Não 336 - Vítima: Sim Não 337 - Vítima: Sim Não 338 - Vítima: Sim Não 339 - Vítima: Sim Não 340 - Vítima: Sim Não 341 - Vítima: Sim Não 342 - Vítima: Sim Não 343 - Vítima: Sim Não 344 - Vítima: Sim Não 345 - Vítima: Sim Não 346 - Vítima: Sim Não 347 - Vítima: Sim Não 348 - Vítima: Sim Não 349 - Vítima: Sim Não 350 - Vítima: Sim Não 351 - Vítima: Sim Não 352 - Vítima: Sim Não 353 - Vítima: Sim Não 354 - Vítima: Sim Não 355 - Vítima: Sim Não 356 - Vítima: Sim Não 357 - Vítima: Sim Não 358 - Vítima: Sim Não 359 - Vítima: Sim Não 360 - Vítima: Sim Não 361 - Vítima: Sim Não 362 - Vítima: Sim Não 363 - Vítima: Sim Não 364 - Vítima: Sim Não 365 - Vítima: Sim Não 366 - Vítima: Sim Não 367 - Vítima: Sim Não 368 - Vítima: Sim Não 369 - Vítima: Sim Não 370 - Vítima: Sim Não 371 - Vítima: Sim Não 372 - Vítima: Sim Não 373 - Vítima: Sim Não 374 - Vítima: Sim Não 375 - Vítima: Sim Não 376 - Vítima: Sim Não 377 - Vítima: Sim Não 378 - Vítima: Sim Não 379 - Vítima: Sim Não 380 - Vítima: Sim Não 381 - Vítima: Sim Não 382 - Vítima: Sim Não 383 - Vítima: Sim Não 384 - Vítima: Sim Não 385 - Vítima: Sim Não 386 - Vítima: Sim Não 387 - Vítima: Sim Não 388 - Vítima: Sim Não 389 - Vítima: Sim Não 390 - Vítima: Sim Não 391 - Vítima: Sim Não 392 - Vítima: Sim Não 393 - Vítima: Sim Não 394 - Vítima: Sim Não 395 - Vítima: Sim Não 396 - Vítima: Sim Não 397 - Vítima: Sim Não 398 - Vítima: Sim Não 399 - Vítima: Sim Não 400 - Vítima: Sim Não 401 - Vítima: Sim Não 402 - Vítima: Sim Não 403 - Vítima: Sim Não 404 - Vítima: Sim Não 405 - Vítima: Sim Não 406 - Vítima: Sim Não 407 - Vítima: Sim Não 408 - Vítima: Sim Não 409 - Vítima: Sim Não 410 - Vítima: Sim Não 411 - Vítima: Sim Não 412 - Vítima: Sim Não 413 - Vítima: Sim Não 414 - Vítima:

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

| | | |
|-----------------------------|--------------------|------------------------------|
| 2 - N° do sinistro ou ASL: | 3 - CPF da vítima: | 4 - Nome completo da vítima: |
| 713.375.381-24 | | Wagner José Ferreira Mufica |
| 5 - Nome completo: | | 6 - CPE: |
| Wagner José Ferreira Mufica | | 713.375.381-24 |
| 7 - Profissão: | 8 - Endereço: | 9 - Número: |
| Funcionário | Rua Olímpio | 512 |
| 10 - Complemento: | | |
| 11 - Bairro: | 12 - Cidade: | 13 - Estado: |
| Centro | Bonito | MS |
| 14 - CEP: | 15 - E-mail: | |
| 5314-226 | 95 94113-5855 | |

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: | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 | | |
| 21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) | | |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | | <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: ITAÚ |
| AGÊNCIA: <input type="text"/> 6953 | CONTA: <input type="text"/> 27017 | AGÊNCIA: <input type="text"/> 6953 |
| (Informar o dígito se existir) | (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: | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima: | | | |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | | | |
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nasceu (viver): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha:

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: Boa Vista RR 10

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

de Fevereiro de 2020

William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

ITAU - 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: 06.519.467/0001-16
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.035.426-3
RUA MÉLIM JOVER, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 69.303-818

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

Matrícula: 841617

Novembro/2019

Dados do Cliente:
FRANCISCO SANTOS COSTA

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

| Inscrição | Rota | Seq.Rota | Quantidade de Economias |
|------------------------|--------------------|---------------|-------------------------|
| 001.023.042.017-001 | 5 | 966 | RESIDENCIAL 1 |
| Hidrômetro | Data de Instalação | Situação Água | Situação Esgoto |
| A14U035485 | 17/12/2015 | LIGADO | 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 | 15-0 |
|------------------|------|
| 201910 | 15-0 |
| 201909 | 4-0 |
| 201908 | 1-0 |
| 201907 | 0-00 |
| 201906 | 0-00 |
| 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 | CLOURO | TURBIDEZ | COR | O.TOT/MBR | H.COD/1 |
| EXIGIDAS | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| APLICADAS | 215 | 215 | 215 | 215 | 215 |
| CONFORMES | 215 | 215 | 215 | 215 | 215 |

DESCRICAÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

12 M3 30,86

CONSUMO DE AGUA

4,77

TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO 11/2019

VENIMENTO: 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 operar com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0070442-3

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Evaristo, 807 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.023-3

Nota Fiscal / Centro de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal

003894123

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei R. 11.436 de 26 de Abril de 2002.

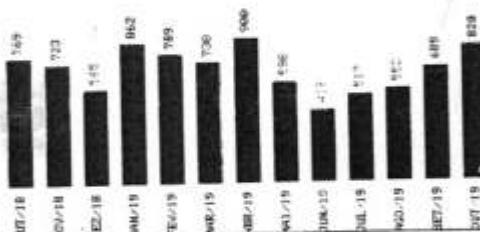
| CONTA MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| OCTUBRO/2019 | 06/11/2019 | 820 | 673,77 |
| MARIA DO ROSARIO GONCALVES FRANCO | | | CPF: 00877902149049 |
| R. N° 18 295 LAURA MENEZES | | | CEP: 69.318-005 - BOA VISTA |
| DADOS DA LEITURA OKWH | DATAS DA LEITURA | | DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |
| Atual: 11600 | Atual: 23/10/2019 | Grupo/Subgrupo: B | |
| Anterior: 10700 | Anterior: 20/09/2019 | Classe/Subclasse: RESIDENCIAL | |
| Dias de consumo: 33 | Próxima leitura: 23/11/2019 | Ligações: B1 | |
| Constante de Multiplicação: 1.000 | Emissão: 22/10/2019 | Número Medidor: 1081715009 | |
| Consumo medido: 820 | A apresentação: 23/10/2019 | Forma de Faturamento: NORMAL | |
| Consumo Faturado: 820 | R.: 7.981.29.82 (04800) | Modalidade: CONVENIONAL | |
| DESCRIÇÃO DA CONTA | | | |
| CONSUMO | 820 A R\$ 0,764602 = | 626,97 | |
| LUCRÉCIA MONETARIA DA 07/19-00 | | 0,07 | |
| CORREÇÃO MONETARIA IG 07/19-00 | | 2,00 | |
| MULTA POR Atraso 07/19-00 | | 2,30 | |
| JUROS DE 140 % POR ATR 07/19-00 | | 0,56 | |
| MULTA POR Atraso 07/19-00 | | 0,90 | |
| JUROS DE MORA E IMPO 07/19-00 | | 8,69 | |
| ILUMINAÇÃO PÚBLICA | | 25,28 | |

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 820 - 0,634628

Média 12 meses: 495

HISTÓRICO DE MEDAÇÃO



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

Mes/Ano: 09/2019
Valor R\$ unidade consumida e sujeita a suspenção da fatura
573,79 cimento de energia elétrica a partir de 07/11/2019
em função das contas reavaliadas neste fatura
O não pagamento poderá ensejar também a inclusão
do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda
existir(em) conta(s) vencida(s) e ja reavaliada(s)
no valor de R\$ 509,48 (valor histórico
Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsid-
erar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 10.12.19 P/ NÃO PERDER
A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.
LIGUE 08007819128 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 16 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

| | |
|---------------|------------------------|
| Energia: | Encargos: |
| Distribuição: | 341,58 Tributos: 17,74 |
| Transmissão: | 161,07 IPI: 106,58 |
| | 0,00 COFINS: 0,00 |

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

| Base de Cálculo: | ALIQUOTA | VALOR |
|------------------|----------|--------|
| ICMS: | 17,00% | 106,58 |
| PIS: | 0,00002 | 0,00 |
| COFINS: | 0,00002 | 0,00 |

INDICADORES DE CONTINUIDADE

| | DIC | FIC | QPC | DPSL |
|-----------|------|-------|-------|-------|
| Límite | 8,65 | 17,78 | 35,48 | 8,46 |
| Realizado | 8,65 | 17,78 | 35,48 | 16,92 |
| Conjunto | 8,65 | 17,78 | 35,48 | 33,84 |

Período de Apuração: 01/10/19 a 31/10/19



CNPJ: 06.519.467/0001-16
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.035.426-3
RUA MÉLIM JOVER, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 69.303-818

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

Matrícula: 841617

Novembro/2019

Dados do Cliente:
FRANCISCO SANTOS COSTA

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

| Inscrição | Rota | Seq.Rota | Quantidade de Economias |
|---------------------|--------------------|---------------|-------------------------|
| 001.023.042.017-001 | 5 | 966 | RESIDENCIAL 1 |
| Hidrômetro | Data de Instalação | Situação Água | Situação Esgoto |
| A14U035485 | 17/12/2015 | LIGADO | POTENCIAL |
| ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUM DE DIAS |
| LEITURA FAT. | 314 | 326 | 12 |
| LEITURA INF. | | | |
| DT. LEITURA | 09/10/2019 | 09/11/2019 | |

| ULTIMOS CONSUMOS | 15-0 |
|------------------|------|
| 201910 | 15-0 |
| 201909 | 4-0 |
| 201908 | 1-0 |
| 201907 | 0-00 |
| 201906 | 0-00 |
| 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 | CLOURO | TURBIDEZ | COR | O.TOT/MBR | H.OC/1 |
| EXIGIDAS | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| APLICADAS | 215 | 215 | 215 | 215 | 215 |
| CONFORMES | 215 | 215 | 215 | 215 | 215 |

DESCRICAÇÃO

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO TOTAL(R\$)

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

Via do Cliente

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



Para operar com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0070442-3

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Eraldo Góes, 807 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.023-3

Nota Fiscal / Centro de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 003894123

A Tarifa Fical de Energia Elétrica - TEEF foi criada
pela Lei R. 11.436 de 26 de Abril de 2002.

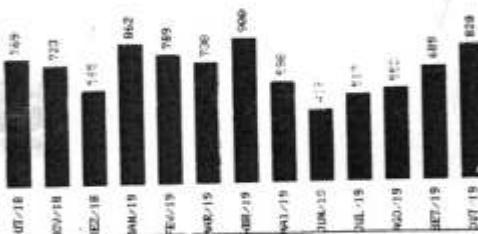
| CONTA MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| OCTUBRO/2019 | 06/11/2019 | 820 | 673,77 |
| MARIA DO ROSARIO GONCALVES FRANCO | | | CPF: 00877902149049 |
| R. N° 18 295 LAURA MENEZES | | | CEP: 69.318-005 - BOA VISTA |
| DADOS DA LEITURA OKWH | DATAS DA LEITURA | | DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |
| Atual: 11600 | Atual: 23/10/2019 | Grupo/Subgrupo: B | |
| Anterior: 10700 | Anterior: 20/09/2019 | Classe/Subclasse: RESIDENCIAL | |
| Dias de consumo: 33 | Próxima leitura: 23/11/2019 | Ligações: B1 | |
| Constante de Multiplicação: 1.000 | Emissão: 22/10/2019 | Número Medidor: 1081715009 | |
| Consumo medido: 820 | A apresentação: 23/10/2019 | Forma de Faturamento: NORMAL | |
| Consumo Faturado: 820 | R.: 7.981.29.82 (04809) | Modalidade: CONVENTIONAL | |
| DESCRIÇÃO DA CONTA | | | |
| CONSUMO | 820 A R\$ 0,764602 = 626,97 | | |
| LUCRÉCIA MONETARIA DA 07/19-00 | 0,07 | | |
| CORREÇÃO MONETARIA IG 07/19-00 | 2,00 | | |
| MULTA POR Atraso 07/19-00 | 2,30 | | |
| JUROS DE 140 % POR ATR 07/19-00 | 0,56 | | |
| MULTA POR Atraso 07/19-00 | 0,90 | | |
| JUROS DE MORA E IMPO 07/19-00 | 8,69 | | |
| ILUMINAÇÃO PÚBLICA | 25,28 | | |

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 820 - 0,634628

Média 12 meses: 495

HISTÓRICO DE MEDAÇÃO



Mês/Ano: 09/2019
Valor R\$ unidade consumida e sujeito a suspenção da fatura: 573,79
Consumo de energia elétrica a partir de 07/11/2019
em função das contas reavaliadas neste fatura.
O não pagamento poderá ensejar também a inclusão
do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda
que existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s)
no valor de R\$ 509,48 (valor histórico).
Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar
este aviso.

MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 10.12.19 P/ NÃO PERDER
A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.
LIGUE 08007819128 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 16 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

| | |
|---------------|------------------------|
| Energia: | Encargos: |
| Distribuição: | 341,58 Tributos: 17,74 |
| Transmissão: | 161,07 IPI: 106,58 |
| | 0,00 COFINS: 0,00 |

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

| Base de Cálculo: | ALIQUOTA | | VALOR |
|------------------|----------|--------|-------|
| | ICMS: | PIS: | |
| | 17,00% | 106,58 | |
| | 0,000002 | 0,00 | |
| | 0,000002 | 0,00 | |

INDICADORES DE CONTINUIDADE

| | DIC | FIC | QPC | DPSL |
|-----------|------|-------|-------|-------|
| Límite | 8,65 | 17,70 | 35,48 | 8,46 |
| Realizado | 8,65 | 17,70 | 35,48 | 16,92 |
| Conjunto | 8,65 | 17,70 | 35,48 | 33,84 |

Período de Apuração: 01/10/19 a 31/10/19

EBS: 2,618

101/11

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 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 825.396.343-120, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Angélio José Lorrero Muyico inscrito (a) no CPF sob o Nº 43.375.381-24

do sinistro de DPVAT cobertura Branaldez da Vítima Angélio José Lorrero Muyico

inscrito (a) no CPF sob o Nº 43.375.381-24, 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 Lider-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> |
| Bairro: | <u>Laura Moreira</u> | Cidade: | <u>Bonito</u> |
| E-mail: | | Estado: | <u>RR</u> |
| | | CEP: | <u>69031050</u> |
| | | Tel.(DDD): | <u>9599113-3855</u> |

Local e Data: Bonito 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 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 Gomes Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.376.343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Aglio Júnior Ferreira Mafico inscrito (a) no CPF sob o Nº H3.375.381 / 24,

do sinistro de DPVAT cobertura Praticidade da Vítima Aglio Júnior Ferreira Mafico

inscrito (a) no CPF sob o Nº H3.375.381 / 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 Lider-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>Lower Motive</u> | Cidade: | <u>Bonito</u> | Estado: | <u>RR</u> | CEP: | <u>69031050</u> |
| E-mail: | | | | Tel.(DDD): | | | <u>95 99113-3555</u> |

Local e Data: Bonito RR 10 de Fevereiro de 2020

William Gomes Franco

Assinatura do Declarante