

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200222802 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2020 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 01 02 10 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 11 //

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

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200222802

Vítima: MANOEL PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200222802

Vítima: MANOEL PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANOEL PEREIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 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: **MANOEL PEREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000003993-4**

Conta: **000010007775-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 586.416.882-34 4 - Nome completo da vítima: Manoel Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: Manoel Pereira da Silva 6 - CPF: 586.416.882-34
7 - Profissão: Revisor 8 - Endereço: Rua: Santa Antônia 9 - Número: 1112 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Mucojari 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.340-000
15 - E-mail: franciscamaximino@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 99131-1149

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 3993 4 CONTA: 7.775 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Mucojari - RR, 20 de Junho de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Manoel Pereira da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DE RORAIMA
Telefone/Fax 95 3542-1333 / 3542-1194 / PRV 542
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MUCAJÁI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim de Ocorrência: 0355/2020		Data: 17/04/2020	Hora: 09h55min
Nome: MANOEL PEREIRA DA SILVA		Alcunha:	
Identidade: 120.919 SSP/RR		CPF: 586.416.882-34	
Endereço: Rua Santo Antônio, nº 1112		Bairro: São Raimundo	
Ponto de Referência: Próximo do cruzamento com a Av. Maranhão			
Cidade: Mucajaí	Estado: RR	Telefone: 99128-7609	
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: Santa Luzia	Estado: MA	
Filiação: Francisco Pereira da Silva e Francisca Alves da Silva			
Profissão: Autônomo	Data de Nascimento: 14/02/1974	Idade: 45 anos	
Estado Civil: Casado	Grau de Instrução: Ensino Fundamental Incompleto		
Cor/Raça: Parda			
DADOS DA OCORRÊNCIA E DO AUTOR			
Natureza: Acidente de Tráfego com Vítima – Lesão corporal			Código: 1001
Nome/Autor: PJ			
CPF/RG: PJ		Filiação: PJ	
Endereço: PJ			
Local da Ocorrência: RR 325 - Sentido Mucajaí/Apiaú - Próximo da entrada da Vicinal da Embrapa – Zona Rural – Mucajaí/RR.			
Senhor Delegado, Compareceu nesta Delegacia de Polícia Civil de Mucajaí, a pessoa acima qualificada para comunicar QUE no dia 17/03/2019 por volta 14h30min a comunicante trafegava na RR-325 sentido Mucajaí/Apiaú; QUE no endereço supracitado o comunicante perdeu o controle da motocicleta e saiu da pista; QUE o comunicante tentou controlar a motocicleta, porém não conseguiu; QUE em função disso o comunicante caiu; QUE na ocasião o comunicante conduzia a seguinte motocicleta: marca/modelo Honda/BIZ 125 ES, Placa NBA 0433/RR, cor preta, Ano Fáb. 2013, Ano Mod. 2013, RENAVAL 00525329986 e Chassi 9C2JC4820DR041307 , em nome de Geneci da Paula Silva; QUE comunicante conseguiu chegar até o Hospital de Mucajaí, conforme Guia de atendimento de Urgência e Emergência (em anexo); QUE em seguida foi encaminhado para o Hospital Geral de Roraima - HGR, QUE o comunicante solicita cópia deste B.O. , para entrada Processo Seguro DPVAT . Era o que tinha a comunicar.			
 Reginaldo Almeida Agente de polícia Civil Matricula n.º 42000285		 MANOEL PEREIRA DA SILVA Comunicante	
Despacho () FATO ATÍPICO ARQUIVA-SE () AGUARDA EM CARTÓRIO POR REPRESENTAÇÃO CRIMINAL () INTIME-SE AS PARTES /TCO/BOC PELO DELITO _____ PREVISTO NO ART _____ () INTIME-SE O COMUNICANTE PARA DECLARAÇÕES E REP. CRIMINAL. LOCAL _____ DATA ____/____/____ ASS. AUTORIDADE POLICIAL _____		Despacho _____ _____ _____ LOCAL _____ DATA ____/____/____ ASS. AUTORIDADE POLICIAL _____	

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: 586.416.882-34 4 - Nome completo da vítima: Manoel Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: Manoel Pereira da Silva 6 - CPF: 586.416.882-34
7 - Profissão: Rensou 8 - Endereço: Rua: Santa Antônia 9 - Número: 1112 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Mucogari 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.340-000
15 - E-mail: franciscamaximino@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 99131-1149

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 3993 4 CONTA: 7.775 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Mucogari - RR, 20 de Junho de 2020.

Manoel Pereira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL PEREIRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03993-4

CONTA: 000010007775-7

Nr. da Autenticação 133127D60642C57F



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0504485-5

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 591 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ 388/13

Nº da Nota Fiscal 4901240

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2020	11/04/2020	553	460,43

GENECI DE PAULA SILVA
R. SANTO ANTONIO 1112 F - CENTRO
CEP: 69.340-000 - MUCAJAI

CPF: 00042595673220

DADOS DA LEITURA (KWh)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 16644	Atual: 27/03/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 16291	Anterior: 26/02/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 30	Próxima leitura: 28/04/2020	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 26/03/2020	Número Medidor: T181613797
Consumo medido: 553	Apresentação: 27/03/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 553		Modalidade:

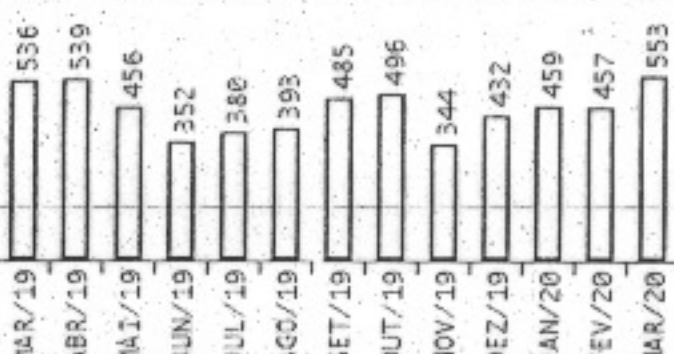
DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	553 A R\$ 0,764425 = 422,72
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	24,72
CORRECAO MONETARIA IG 01/20-00	4,01
MULTA POR ATRASO 01/20-00	7,00
JUROS DE MORA DE IMPO 01/20-00	1,98

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 553 - 0,617770

Média 12 meses: 444

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 11/04/2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.
Mes/Ano Valor R\$
02/2020 391,83

LIGUE 80007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 11/04/2020

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ICMS:
Distribuição: 228,58	Tributos: 12,94	422,72	17,88%
Transmissão: 188,11			71,86
			PIS: 0,38%
			1,63
			COFINS: 1,79%
			7,68

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIC	FIC	DMC	DICRI
0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00

Reserva de Segurança	0,00
----------------------	------

RÔT: 216.035.16.12.043000



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Garcez, 591 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0504485-5

TOTAL A PAGAR - R\$

460,43

MÊS FATURADO

03/2020

VENCIMENTO

11/04/2020

Nº da Nota Fiscal: 4901240

FCAM*

83640000004 5 60430075000 6 00000000504 1 48550320008 4



SEQ.: 0019 UC: 0504485-5 DT.LEIT.: 27/03/2020 T.ENTR.: 07
LEITURA: 16844 NORMAL TOTAL: 460,43 CARGA: 002
DT.VENC.: 11/04/2020 TRIEG.: 000 COLETOR: 4382

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5163769

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

R. CAPELLA, 882 , LT 402

CIDADE SATELITE

69317492 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1040650	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 13-APR-20 a 12-MAY-20
CONSUMO (kWh) 514	VENCIMENTO 11-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 978,85

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1040650	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 978,85
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836100000097.788500750005.000000001040.065005200053



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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisca Sousa do Nascimento

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

Manuel Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 586.416.882 / 34

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Permanente da Vítima Manuel Pereira da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 586.416.882 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:


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

☒ Recuso informar

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

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

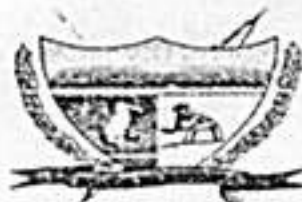
Local e Data: Boa Vista - RR, 15 de junho de 2020.


Assinatura do Declarante



84 01. 440. 0001-73

Hospital Est. José Guedes Catão

GOVERNO
DE RORAIMA
CADA DIA MELHOR

Rua Marlene Araújo S/N

GOVERNO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CEP 69 340-000 MAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS

HOSPITAL ESTADUAL VEREADOR JOSÉ GUEDES CATÃO

Mucajai

GUÍ DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro nº _____

Número da Guia: _____

Data do Atendimento: 17/03/2020

Hora: 14:50

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

() VERMELHO () LARANJA () AMARELO (x) VERDE () AZUL

Nome: Manoel Pereira da Silva Idade: 45

End.: Santo Antônio Nº 112 Bairro Centro Cidade: MCT

D.N.: 14/12/1974 Sexo: M Naturalidade: Santa Luzia - MA

CPF: 586.416.882-34 RG: _____ /Órgão: _____

Mãe: Francisca Alves da Silva

Pai: Francisco Pereira da Silva

Escolaridade: _____ Raça/Cor: _____

CNS: 700.600447639462 Telefone: () _____

Estado Civil: _____ Conjunção: _____

PA: 140 x 90	F.R: 80	SPO2: 95% AA	PESO: _____
F.C: 85 bpm	DX: _____	TAX: _____	ALERGIA: _____

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

cliente refere dor + edema em punho @
após queda de moto.

PRESCRIÇÃO DO MÉDICO

ECG: 15

Por VÍTIMA DE TRAUMA Comuso com Escoria-
ções em cotovelo @ e Punho @.

NEGA TCE, NEGA VÔMITOS.

AP: M V+ UA, SRA

HD: TRAUMA COMUSO: 15:00

- DIFENHANA 1g IV

CD: - TENOXERAM 40mg IV

OBSERVAÇÕES: - Suspeito RX

Responsável pelo paciente (se menor)

CONFERE COM ORIGINAL

1 d com FRATURA, ENCAMENTADO AO

Dr. Hendel S. Moraes
Médico
CRM-RR 2039

RECEITUÁRIO

NOME: MANOEL P. SILVA

AO HGR

15:20

(ORTOPEDIA)

Por vítima de acidente motorizado
há ± 30 min atrás com escoriações e
edema em punho e cotovelo (E).

Informa que não bateu cabeça. ECG=15
PA: 140x90 Lat: 96%. AA FC=85 bpm

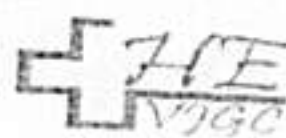
Ao exame das articulações: edema e restrição
do movimento + dor.

Feito Analgesia c/ tenoxicam (40g) e
dipirona (1g)

Rx: evidência fratura em rádio distal

DATA: / /

Exame P/ Avaliação e Seguimento



Grato!

HOSPITAL ESTADUAL VEREADOR JOSÉ GUEDES CATÃO
CNPJ: 84013440/0001-73 CNES: 2320886
Rua Marlene Araújo, 312 - Centro, CEP: 69.340-000 - Mucajaí/RR
Telefone/Fax: Direção - (95) 3542-1386

ASSINATURA E CARIMBO

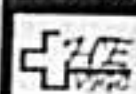
Dr. Hendel S. Morais
Médico
CRM-RR 2039

E
PA

OBL.

Data: 17/08/2021 15:44:09

07.7.8



Nome: MANOEL P. SILVA
HOSP. VER. JOSE C. CATÃO

Data: 17/08/2021 15:44:09

Masculino ID: 9488

07.7.8

Nasc: 14/12/1974 45 ano(s)



PA E

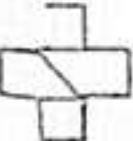
65

Alta 12.03.2020

Anexo I

55

GRANDE TRAUMA

 SUS	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HGR			2 - CNES 	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HGR			4 - CNES 	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE Manoel Pereira da Silva			6 - Nº DO PRONTUÁRIO 178724	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 700600447639402		8 - DATA DE NASCIMENTO 24/12/74		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Francisca Alves da Silva			11 - TELEFONE DE CONTATO 059991082072	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua Santo Antônio 112 Centro				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Macaíba		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 	15 - UF 	16 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Pac. idosos, vítima de acidente de moto com fratura em punho E. Necessita de intervenção cirúrgica				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO As acima				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Anamnese + Exame físico + RX				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura de punho E		21 - CID 10 PRINCIPAL 	22 - CID 10 SECUNDÁRIO 	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Internação hospitalar			25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 	
26 - CLÍNICA 	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 	28 - DOCUMENTO () CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Loamir Viana		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 27/03/2020	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Loamir Viana Médico 2124	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA 		37 - Nº DO BILHETE 	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA 		40 - CNAE DA EMPRESA 	41 - CBOR
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR 	45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 	
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF	47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 			
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 			

178.724

178

OK



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

1ª Classificação _____
Reclassificação _____
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.:

Reclassificação _____
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.:

Reclassificação _____
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.:

2001231659 17/03/2020 16:46:28 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 26

Paciente **MANOEL PEREIRA DA SILVA** Data Nascimento **14/12/1974** Idade **45 A 3 M 3 D** CNS **700600447639462** CPF **58641688234** Prontuário
Tipo Doc **IDENTIDADE** Documento **120919** Órgão Emissor **SSP/RR** Sexo **M** Estado Civil **PARDA** Raça/Cor **BOA VISTA - RR** Nacionalidade **BRASILEIRA**
Mãe **FRANCISCA ALVES DA SILVA** Pai **FRANCISCO PEREIRA DAB SILVA** Contato **(95) 99168-2072**
Endereço **RUA - SANTO ANTONIO - 1112 - CENTRO - MUCAJAI - RR** Ocupação

Class. de Risco _____ Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira _____ Validade _____ Autorização _____ Sis Prenatal _____
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. _____ Procedência _____ Temp. _____ Peso _____ Pressão _____
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. _____ Registrado por: **ANTONIA.SOARES**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL 15
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HCRA DA CONSULTA - _____h)
Paciente encaminhado ao Hospital Estadual Veruscar José Guedes, à este pedido no HGR.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

fratura em nível distal

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: *Ortopedia*

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: _____

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 17/03/2020 16:47:08

© 2020
SOTEC - Soluções em Tecnologia
224 - Pousada em Saúde
VIA 4.259 - 61.0842

Karina Kendra M. Marques
C.R. Geral/Coloproctologia
RQE 650/664
CRM/RR 1542

Carimbo e Assinatura do Médico






2001231659

17/03/2020 19:00

Desospitalizar

A I R

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																																																																											
PRESCRIÇÃO MÉDICA																																																																											
DATA DE ADMISSÃO			DIH		37/03/2023		DN		14/12/74																																																																		
PACIENTE <u>monard Pinheiro da Silva</u>																																																																											
AGNÓSTICO <u>Fratura de Punho (E)</u>																																																																											
ALERGIAS			HAS		NEGA		DM2		NEGA																																																																		
IDADE			LEITO				DATA																																																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ITEM</th> <th>PRESCRIÇÃO</th> <th>HORÁRIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>DIETA ORAL LIVRE</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td>ACESSO VENOSO PERIFÉRICO</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td>SF 0,9% 500ML EV S/N</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td>DIPIRONA 500MG EV 6/6H <u>(S/N)</u></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td>OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td>TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA</td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td>NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 <u>(DUPINHO)</u></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td>SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h</td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td>METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N</td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td>CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H <u>(DUPINHO)</u></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td>CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H</td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td>CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG</td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td>SSV + CCGG 6/6 H</td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td>CURATIVO DIÁRIO <u>(DUPINHO)</u></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td><u>no bloco</u></td><td></td></tr> <tr><td>16</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>18</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>19</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>21</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>										ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	1	DIETA ORAL LIVRE		2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		3	SF 0,9% 500ML EV S/N		4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H <u>(S/N)</u>		5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 <u>(DUPINHO)</u>		8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H <u>(DUPINHO)</u>		11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		13	SSV + CCGG 6/6 H		14	CURATIVO DIÁRIO <u>(DUPINHO)</u>		15	<u>no bloco</u>		16			17			18			19			20			21		
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO																																																																									
1	DIETA ORAL LIVRE																																																																										
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO																																																																										
3	SF 0,9% 500ML EV S/N																																																																										
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H <u>(S/N)</u>																																																																										
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA																																																																										
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA																																																																										
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 <u>(DUPINHO)</u>																																																																										
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h																																																																										
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N																																																																										
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H <u>(DUPINHO)</u>																																																																										
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H																																																																										
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG																																																																										
13	SSV + CCGG 6/6 H																																																																										
14	CURATIVO DIÁRIO <u>(DUPINHO)</u>																																																																										
15	<u>no bloco</u>																																																																										
16																																																																											
17																																																																											
18																																																																											
19																																																																											
20																																																																											
21																																																																											

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

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

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

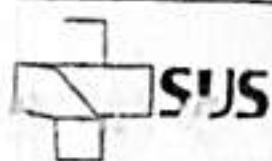

 MEDICO RESIDENTE 2124
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

internação 18:08
 PA 134x84
 FC 96
 T- 36.3
 Iran R. da Silva
 Téc. Enfermagem
 COREN RR 903 883

Alto: 07/05/2020

Anexo I

HCC



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Masc. ☒

Fem. ☐

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

Certifico e Dou Fé que a presente
foi apresentada neste hospital

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

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

Alergia Dipirone

L. G S

Bloco 5

Mangel Pereira da Silva

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Mangel Pereira da Silva				
AGNOSTIC	4x Mangel Barreto				
ALERGIAS					
IDADE	45 A	HAS	NEGA	DM2	NEGA
LEITO	65	DATA	04/05/2022		
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SND
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				manhã
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				SN
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06:00 18:00 24:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				P6
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				MTF
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				22:00
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				22:00
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				MTF
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
14	CURATIVO DIÁRIO				curativo
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

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

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	140x100	106	36.2
24 H	140x90	102	34.20

Tarciana Paula de Souza Dutra
Enfermeira
COREN/RR 237.389

Realizado visita e orientações
PCTE BEG () RÉG () MEG ()
acompanhado S () N ()
C/ () S/ () queixas SpO2 93%
FC 96. Realizado AVF n. 16
Orienta jejum. Parecer
cardiológico respondido.

Bruno Vieira
CRM 1231-RR
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
1724 MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
COREN/RR 903.883

Suzy Brandão
Téc. de Enfermagem
COREN/RR 630.121

M. Fátima da S. Aguiar
Téc. de Enfermagem
COREN/RR 987.678-TE

* 21:05; Realizado novo AVF em MSD
com jelo número 18.
Danilo da Silva Barreto
Téc. em Enfermagem
COREN/RR 650.142
* 24:00; Paciente refere alergia a
dipirone.
Danilo da Silva Barreto
Téc. em Enfermagem
COREN/RR 650.142

As 06:00
PA: 150x90
FC: 96.
T: 36,4°C
Luana da Silva Vale
Téc. de Enfermagem
COREN/RR 630.121



S A M E

PEDIDO DE PARECER



Unidade: M

Nome: MANOEL RENE DA SILVA

Idade: 45A

REGISTRO: _____

Bloco: _____

Enfermaria: E

Leito: mae-65

UTI: _____

EMERGENCIA: _____

De: ORTOPEDIA

Para: CARDIOLOGIA

Ampliação do furo cirúrgico e corrigido
Osteíte: Fratura do Rádio Distal.

04, 05, 2020

Data

Bruno Vieira
CRM 1231 RR
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

Médico(a)

Risco Cirúrgico Cardiológico

Cirurgia: Correção de fratura Rádio-Distal (eletiva)

HPP: nega HAS/DM, nega precordiolgia, nega dispnéia, ex. Telangiectasia (para 20 anos), HF nega DAC, nega cirurgias prévias; nega palpitações, boa cicatrização e coag. (sic).

ao exame: eufórico, afébril, hidratado, anuro
ACV: PCR, 2T, BNF, PA = 160x88 mmHg FC = 103 bpm

PR = MUA, sem RA

ABD = flácido, indolo.

MMII: MM edemas.

04/05/2020

Data

cd = Índice de Lee I
Orientação Gerais.

médico

Dra. Ana Carolina Santos
Cardiologia-Ecocardiografia
CRM-RR 2003

Obs.

Leito (17/03): Cr 1,0 / GL 100 / Ur 28 / RNI 0,62 / TPa 24 / Hb: 15 / Hto 44 / PL 160000
RXT (17/03): 3CT normal
ECG (17/03): Sinusal, regular, FC 93 bpm



GÓVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 5.5.78 O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Suspeita de tumor de mama

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: e Exatidão do tumor da mama E

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Alberto

1º AUXILIAR: Simões

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DTH sob Sedação leve
- 2) Anestesia e Analgesia
- 3) colocação de corpo estranho
- 4) Incisão em dorso de mão E com
divulção por plano da ocrea e
do corpo com redução crural com
uso de Fio de Vitrúmer
- 5) Redução crural com Fx de alveolo
de mama E.
- 6) LMC com SFO 91
- 7) sutura com Monocril + Nylon
- 8) curativo
- 9) AORPA + todo o resto

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

Dr. Alberto Ferreira de Souza
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM-RR 1017
Título Especialista TEOT



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		Idade: 45 anos	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
M. J. Pereira da Silva					05 / 05 / 2020
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Tratamento de quebra de fratura de perna do lado direito		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		8:40	9:49		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		Dr. Michel	
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		Dr. Andreia R2	
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
Dr. Alberto		CIRCULANTE		Ademilton / Rafaela	
Dr. Jonathan		TEMPO DE DURAÇÃO:			
Dr. Augusto					
TIPO DE ANESTESIA: BPB + Bloqueio Axilar					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
7	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		7	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº Monocryl n: 4.0	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 4.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
1	Eletródios		100ml	OUTROS: Alcool	
1	Cateter O2		100ml	Dormante	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
			SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

Idade: 45

Ass.: Idade: 45 Setor/Leito:

Data: 05/05/2020

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

[illegible]



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	MOMMEL, Paulo do Silva	
AGNOSTIC	MILITAR	
ALERGIAS	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	DM2
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	5/1/20
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
13	SSVV + CCGG 6/6 H	
14	CURATIVO DIÁRIO	
15	Cloxacilina 1G EV 12/12h	
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

265

Augusto D. D. D.

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

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____
PACIENTE *Marcelo Pereira do Silva*
AGNOSTICADO *Pr. 112 20/11/19*
ALERGIAS _____
IDADE _____
HAS _____ NEGA _____ DM2 _____
LEITO _____ DATA *5/5/20*

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	SND
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	Manten
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	S/N
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	SUSE-
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	06
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	S/N
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	S/N
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	12 20 04
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	S/N
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	16 22 04
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	18 06
13	SSVV + CCGG 6/6 H	
14	CURATIVO DIÁRIO	Rotina
15	<i>Clindamicina 600mg EV 12/12h</i>	Rotina
16	<i>9</i>	
17		
18		
19		
20		
21		

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

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

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	140x90	91	-	36,2
18 H				
24 H				

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

12: Dextro: 119mg/dl

VIRE →

Alergia a DAPIRONA

65

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE <u>Manoel Pereira de S. L.</u>						
AGNÓSTICO <u>F. João Chit</u>						
ALERGIAS <u>DAPIRONA</u>		HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE		LEITO		DATA	<u>05-05-2010</u>	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N					SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H <u>SUSPENSÃO</u>					susp
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA					OG
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4					SN NPP
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h					OG 06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N					SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H					susp
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H <u>SUSP.</u>					
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H					Retina
14	CURATIVO DIÁRIO					
15	<u>Paracetol 500mg VO 6/6h.</u> <u>SN</u>					SN
16						
17						
18						
19						
20						
21						

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

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

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 1615 / RQE: 684

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

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

Eu Manoel Pereira da Silva CPF nº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 05 de maio de 2020

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 ____ Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____



Lt 34

HGRN

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

BLE

Eu Mameel Pereira da Silva CPF nº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:
 - Cirurgias pré-agendadas;
 - Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
 - Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
 - Quando decidido pela equipe assistencial;
- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 05 de maio de 2020

Assinatura do paciente: _____

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 ____ Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____

1.º Ten. Med. RORAIMA
Assessoria
CRM 14.474-PR
Roraima

L. 34

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - CANARINHO - HGRC

0103160

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - CANARINHO - HGRC

0103160

MANOEL PEREIRA DA SILVA

700600447639462

14/12/1974

(95) 99168-2072

Masculino

FRANCISCA ALVES DA SILVA

RUA - SANTO ANTONIO

1112

CENTRO

MUCAJAI

140030

RR

ORTOPEDIA


Eletivo

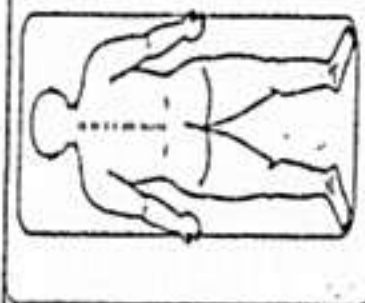
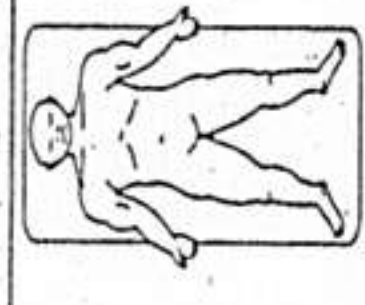
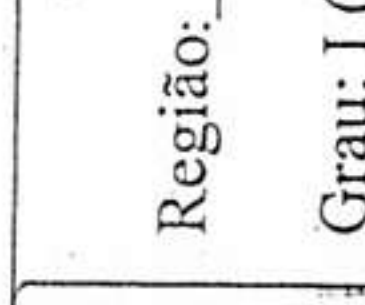
X

702102736066693

LAEL DOS SANTOS

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas -	Paciente: Manoel Pereira da Silva			
	HGR	Leito: 34	Data: 06/05/2020		

Localização			Região: MSE (mão)		Região: MSE
Etiologia	LPP I II III IV ?* () Queimadura () DM () Vascular () Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:		Grau: I () II ()	LPP I II III IV ?* () Queimadura () DM () Vascular () Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros			() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:			() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seco () Outro:			() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seco () Outro:	
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco			() Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%			() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h			() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Larissa Alves Mota Técnica de Enfermagem COREN-RR 147.428 - TE			Eliscleia Carvalho Gotado Garante de Núcleo Garante de Feridas Tratamento de Feridas COREN-RR 488.579-ENF	
Observações:					

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 980131278	NOME FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
	
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF 148994 SSP RR
	CPF 606.934.792-72
	DATA NASCIMENTO 23/12/1976
PROIBIDO PLASTIFICAR 980131278	FILIAÇÃO JOSE PEREIRA DO NASCIMENTO JURACY SOUSA DO NASCIMENTO
	PERMISSÃO AB
	ACC AB
	CAT. HAB AB
	Nº REGISTRO 01101996953
VALIDADE 14/01/2020	
1ª HABILITAÇÃO 17/12/1999	
OBSERVAÇÕES	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 15/01/2015
ASSINATURA DO EMISSOR	10964911290 RR207911720
DETRAN-RR (RORAIMA)	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
MANOEL PEREIRA DA SILVA	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA 120919 SSP RJ
	CNPJ 586.416.882-34
	DATA NASCIMENTO 14/12/1974
FUNÇÃO FRANCISCO PEREIRA DA SILVA FRANCISCA ALVES DA SILVA	
PERMISSÃO	ACC CATHAB AB
NR REGISTRO 01515365151	VALIDADE 08/03/2021
HABILITAÇÃO 30/10/2000	
OBSERVAÇÕES	
	
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 09/03/2016
58500854887 RR208771271	
ASSINATURA DO EMISSOR	
DETRAN - RR (RORAIMA)	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0172648/20

Vítima: MANOEL PEREIRA DA SILVA

CPF: 586.416.882-34

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 17/03/2020

Titular do CPF: MANOEL PEREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

MANOEL PEREIRA DA SILVA : 586.416.882-34

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: 22/06/2020
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200222802 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 17/03/2020 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 01 02 10 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 11 //

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: Manoel Pereira da Silva, brasileiro(a) est
ado civil casado, profissão: funcionario publico, portador(a) da
cédula de identidade CIRG nº 120 919 e inscrito no CPF/MF nº
586.416.882-34, residente e domiciliado na
Rua Santo Antonio, nº 1112, Bairro:
São Raimundo, município de _____;
Mucajai/RR, Tel. _____, E-mail: _____.

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

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

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

Boa vista, 22 de 04 de 20.



Manoel Pereira da Silva

OUTORGANTE



Cartório
Nathália Lago

Tabelião e Registrador: Nathália Gabrielle Lago da Silva
Rua Rio Grande do Norte, 73, Centro, 69340-000, Mucajai-RR
Fone: (065) 3542-1330 - E-mail: cartorio@nathalia.lago.com.br



Cartório
Nathália Lago

RECONHECIMENTO

Reconheço a assinatura por **AUTÊNTICA** de:
(1) **MANOEL PEREIRA DA SILVA**, Dou fe. Mucajai-RR,
22 de abril de 2020. Emolumentos R\$: 2,56 + FUNDEJURR
R\$ 0,26 + FISCALIZAÇÃO R\$ 0,13 + FECIM R\$ 0,13 + ISS R\$
0,13 + SELO R\$ 1,50 = R\$ 4,71. Selo Digital de Fiscalização:
P2CFIR158097RVM5XDBG83VIYM24
Consulta: cidadao.portalseiorr.com.br

Francisca
Conceição da Silva
Escrivente Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0172648/20

Vítima: MANOEL PEREIRA DA SILVA

CPF: 586.416.882-34

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 17/03/2020

Titular do CPF: MANOEL PEREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO : 606.934.792-72

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

MANOEL PEREIRA DA SILVA : 586.416.882-34

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: 22/06/2020
Nome: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO
CPF: 606.934.792-72

FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO