

## Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

**Operação realizada com sucesso. Protocolo:**  
**3122449820210629155119**

### Processo 0820823-18.2020.8.23.0010 - (316 dia(s) em tramitação)

**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário

**Assunto Principal:** 10435 - Acidente de Trânsito

**Nível de Sigilo:** Público

**Selos:**

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)
--------------------	------------------------	--------	---------------	------------------

Vínculos (0)

<b>Realces</b> <b>Realçar Movimentos</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência	
<b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória	
<b>Filtros</b> <b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor	
<b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>	

59 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 59

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
59	29/06/2021 15:51:19	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b> Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (10/06/2021)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2746498IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIAL03.pdf <b>Público</b>
		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2746498IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALAnexo02.pdf <b>Público</b>
58	21/06/2021 00:03:19	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de BIANCA SOBRINHO) em 21/06/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 54) JUNTADA DE LAUDO (10/06/2021) e ao evento de expedição seq. 56.	SISTEMA CNJ
57	18/06/2021 10:42:32	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 18/06/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 54) JUNTADA DE LAUDO (10/06/2021) e ao evento de expedição seq. 55.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
56	10/06/2021 11:37:44	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de BIANCA SOBRINHO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 54) JUNTADA DE LAUDO (10/06/2021)	DANYELE BEATRIZ CAVALCANTE DE OLIVEIRA <b>Estagiária</b>
55	10/06/2021 11:37:44	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 54) JUNTADA DE LAUDO (10/06/2021)	DANYELE BEATRIZ CAVALCANTE DE OLIVEIRA <b>Estagiária</b>



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

Processo n.º 08208231820208230010

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A,** empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **BIANCA SOBRINHO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito.**

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Portanto, no que pese o laudo pericial atestar a existência de invalidez permanente no MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, quantificando-a, o mesmo não se presta a comprovar cabalmente nexo de causalidade entre as lesões e um acidente automotor. Perceba que toda documentação carreada aos autos, em especial os documentos médicos, apontam no sentido da ausência de correspondência entre o dano suportado no MEMBRO INFERIOR ESQUERDO e o sinistro de trânsito.

**OBSERVE QUE O BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO INDICA LESÃO NO OMBRO DIREITO E AINDA INFORMA FRATURA PRÉVIA NOS MEMBROS INFERIOR. LOGO, NÃO HÁ NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A LESÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E O ACIDENTE OCORRIDO EM 11/12/2019, EIS QUE A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA JÁ IDENTIFICA COMO LESÃO JÁ EXISTENTE.**

1501196806	11/12/2018 01:08:02	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-	4
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF <sup>11</sup>	Prontuário	
<b>BIANCA SOBRINHO</b>		11/09/1999	20 A 3 M 0 D	703402678516100	03949341218	00171529	
Identidade	4152190	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estatuto Civil	Raça/Cor	Nacionalidade
		RR	23/08/2010	F	SOLTEIRO(A)PARADA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
Mãe							
EVA SOBRINHO				NC			
Endereço							
RUA - VICENTE TAVARES DE MELO - 315 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>							
Motivo do Atendimento	Cartório de Atendimento	Profissional de Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
<b>ACIDENTE DE MOTO</b>	<b>URGÊNCIA</b>						
Sector	Type de Chegada	Procedimento Sol.					
<b>GRANDE TRAUMA</b>	<b>SAMU CAPITAL</b>						
Quelixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem	<b>GSC</b> <b>TOTAL</b> AG: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 <b>15</b>						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)	Vizinha de cotação muito xusto com traumas seu chão era escuro - digo <b>AMBOS DIVERGENTES</b> . <b>Trauma Rápido de VU II</b>						
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica	<b>PONTIFEX</b>						
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAID-X <input type="checkbox"/> ULTRASÓN <input type="checkbox"/> LTC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS						
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO			
DIPRIVINA 2g IV TILUPINA 40mg IV				fm em cur febre + TBL + reto			
ORTOPEDIA							
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revisão <input type="checkbox"/> Transferência para: <b>ORTOPEDIA</b>						
	<input type="checkbox"/> Admissão <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / /						

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

### DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO

#### LESÃO PREEXISTENTE

Deve-se sopesar o fato da parte autora ter pleiteado administrativamente verba indenizatória DPVAT, sinistro administrativo 3200274109 em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 04/03/2019.

Frisa-se que a parte autora requereu o recebimento do Seguro Obrigatório em decorrência de MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, **70%**, ou seja, o requerente sustenta seu pleito indenizatório em lesão idêntica a que fora recebida anteriormente.

Ressalta-se que houve o pagamento administrativo no valor de R\$ 4.725,00, referente ao percentual de 50% do MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente foi anterior ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexo de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

Deste modo, é irrefragável que a invalidez constatada refere-se a sinistro ocorrido anteriormente, uma vez que a parte autora sequer comprova que houve agravamento da lesão em virtude de um suposto novo acidente automobilístico.

Diante do exposto, a improcedência do pedido é a medida que se impõe.

### **DO ADIMPLEMENTO DA LESÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

Por fim, caso ultrapassados os argumentos acima, vem à parte Ré destacar que o autor já recebeu indenização pela lesão no MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, no percentual de 50%, em razão do sinistro ocorrido em 04/03/2019.

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: 20/12/2019  
NUMERO DO DOCUMENTO:  
VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: BIANCA SOBRINHO  
  
BANCO: 341  
AGÊNCIA: 06953  
CONTA: 000000025725-7

Autenticação:  
9BF096A6DDEAC28617EDAB39A82DADBD0DD65CFF6A23035F0942PC2E220A173B

**Deste modo, requer a improcedência da presente ação, eis que a invalidez constatada no laudo pericial de 25% do MEMBRO INFERIOR ESQUERDO já foi devidamente quitada em esfera administrativa.**

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 25 de junho de 2021.

**JOÃO BARBOSA  
OAB/RR 451-A**

**SIVIRINO PAULI  
101-B - OAB/RR**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: **039.493.412-38** Nome completo da vítima: **Bianca Sobrinho**  
**CPF:** **039.493.412-38** **CEP:** **69.314-332**  
**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO)** - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
**Nome completo:** **Bianca Sobrinho** **Título:** **335** **Complemento:**  
**Endereço:** **Rua Vicente Tavares de Melo** **Estado:** **RR** **CEP:** **69.314-332**  
**Barro:** **Silves Beira** **Cidade:** **Boa Vista** **Tel (DDD):** **(65) 99194-4282**  
**E-mail:** **gloirr@hotmail.com**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme e comprovável e anexo (ANEXA CÓPIA).

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDIMENTO:**

- REUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00  \$10.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR UMA OPCIÃO DE CONTA**

- 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 da BANCO: **Itaú**

AGÊNCIA: **6953** CONTA: **25 425** **4**  
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **6953** CONTA: **25 425** **4**  
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

**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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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 à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica as custas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data: **Boa Vista - RR, 01/05/2019**  
 Nome: **Bianca Sobrinho**  
 CPF: **039.493.412-38**

TESTEMUNHAS  
 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura  
 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A.ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVAÇÃO DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
4º DISTRITO POLICIAL de BOA VISTA  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BOLETIM N° 1704/2019

DATA: 04/03/2019

HORA: 06:00min

DELEGADO: Douglas Gabriel da Cruz

ATENDENTE: RICARDO PIMENTA

LOCAL DA OCORRÊNCIA: AV. GAL.

ATAIDE TEIVE C/ AV. SÃO JOAQUIM, Silvio Leite

DATA

HORA

08/02/2019 1650

DADOS DO COMUNICANTE ROP/PM 810343 – SÉRIE - J

NOME: ROP/PM nº 810343 SÉRIE - J		C.P.F.	R.G.
DATA NASC: XXXXXX	End: XXXXXXXXXXXXXXXX		
PAI:XXXXXXXXXX	MÃE: XXXXXXXXXXXX		
ESCOLARIDADE: XXXXXXXX	NATURAL: XXXXXXXXX		NACION: XXXXXX
SEXO: XXXXXXXXXXXX	IDADE: xxxxxxxxx		RAÇA: XXXXX
TEL CEL: XXXXXX	ESTADO CIVIL: XXXX	PROFISSÃO: XXXXXXXXX	

DADOS DO ENVOLVIDO

NOME: JENUAN ALEXANDRE DA SILVA		CNH:	RG:
DATA NASC: XXXX	End: TRAVESSA SII VIO LEITE, Nº610 BAIRRO, SILVIO LEITE		
PAI:xxxxxxxx	MÃE: XXXXXXXXXXXXXXXX		
ESCOLARIDADE: XXXXXXXXX	NATURAL: XXXXXXXXX		NACION:
SEXO: masculino	IDADE: 21 anos		RAÇA: XXXX
TEL CEL: xxxxxxxx	ESTADO CIVIL: solteiro	PROFISSÃO: militar	

DADOS DO ENVOLVIDO

NOME: BIANCA SOBRINHO		CNH:	RG: 01 NOV. 2019
DATA NASC: XXXX	End:		
PAI:xxxxxxxx			
ESCOLARIDADE: XXXXXXXXX	NATURAL:		NACION:
SEXO: Feminina	IDADE: 19 anos		RAÇA: xxxx
TEL CEL: xxxxxxxx	ESTADO CIVIL: Solteira	PROFISSÃO: TECNICA EM ENFERMAGEM	

DADOS DO ENVOLVIDO

NOME: JONIS WALBER DE SOUZA GOUCH		CNH: 02372044218	RG: 90001014795 SSP/CE
DATA NASC: XXXX	End: AV. PRincesa ISABEL, Nº2827, TANCREDO NEVES		
PAI:xxxxxxxx			
ESCOLARIDADE: XXXXXXXXX	NATURAL:		NACION:
SEXO: masculino	IDADE: 34 anos		RAÇA: xxxx
TEL CEL: xxxxxxxx	ESTADO CIVIL: casado	PROFISSÃO: METALÚRGICO	

DADOS DA INFRAÇÃO

CÓD. INFRAÇÃO	INFRAÇÃO	QUALIFICAÇÃO
XXXXXX	Danos	XXXXXX

HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado(a), Fomos acionados, via Ciops para atendimento de uma ocorrência de acidente de trânsito com vitimas lesão corporal no endereço supracitado. Conforme as informações colhidas no local e relato dos envolvidos, o Item

4º DISTRITO POLICIAL de BOA VISTA/RR

Recebido  
Em: 17.09.19



ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
4º DISTRITO POLICIAL de BOA VISTA  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



01 Srº JENUAN conduzia o veiculo V1 e tinha a Item 02 Srº BIANCA como passageira e trafegava na Avenida GAL. ATAIDE TEIVE sentido Centro/Bairro, quando no cruzamento com a AV. SÃO JOAQUIM colidiu seu veiculo V1 na parte dianteira do lado esquerdo do veiculo V2 que era conduzido pelo Item 03 Srº JONIS que trafegava na AV. GAL. ATAIDE TEIVE e fez conversão a esquerda causando o acidente. Que no local ha sinalização de regulamentação de transito (placa R4a).

Que condutor do V1(JENUAN) e a passageira (BIANCA) foram conduzidos ao PSE pelo SAMU com fraturas e escoriações.

A Pericia IC/PCRR foi açãoada, sendo realizada pela equipe do Perito CLEIDSON.

Que o Item 01 (JENUAN) não portava documentos pessoais e foram colhidos os dados pessoais verbalmente. Verificado que o mesmo não possui CNH/PPD/ACC. Que o Item 03 Srº JONIS estava com a CNH vencida há mais de 30 dias.

Que foram tomadas todas as medidas administrativas referentes ao CTB.

Que o Item 03 Srº JONIS não apresentava sinais/sintomas de ter ingerido bebida alcoólica. Informo que a PMRR não dispõe de aparelho de etilômetro, sendo solicitado apoio do DETRAN-RR, que foi nos informado que não tinha aparelho disponível para prestar o apoio.

Os veiculo foram liberados no local, sendo que V1 foi entregue para o Sr. MAGNUM RAMOM TOMAZ EMILIANO CNH 04374740121. Que o V2 ficou na responsabilidade do Srº RAFAEL KONZEN (CNH:01864949102).

Era o que tinha a relatar.

Este é o relato.

Veículos Envolvidos:

VEICULO ITEM 01 - V1: HONDA/CG 150 FAN COR CINZA PLACA NAL6252.

VEICULO ITEM 03 - V2: NISSAN/FRONTIER SE COR PRATA PLACAS NUK1930.

DANOS CONFORME PERICIA IC/PCRR PÉRITO CLEIDSON.

José Benedito Bezerra  
APC

ROP/PM 810343 - SÉRIE - J  
Comunicante

DESPACHO

- Arquivar (fato atípico)
- Aguardar novos fatos
- Informar o comunicante/vítima
- Intimar suspeito
- Intimar as partes para TCO

- Aguardar representação
- Ao S. I. para investigação
- Aguardar o comparecimento da vítima
- Decurso do prazo decadencial - Arquivar
- Requisitar relatório
- Remeter e juntar laudo
- Intimar

31/08/2020  
Pág. 1 de 1  
Por Douglas Gabriel de Cruz  
Assistente de Polícia Civil  
Mat. 042000194

CONFIRME COM O INICIAL  
DATA: 31/08/2020  
Assinatura: Douglas Gabriel de Cruz  
Assistente de Polícia Civil  
Mat. 042000194

DESPACHO

- ARQUIVAR (FATO ATÍPICO)
- AGUARDAR NOVOS FATOS
- AGUARDAR REPRESENTAÇÃO DA VÍTIMA
- INTIMAR AS PARTES P/ OITIVA
- INTIMAR P/ TCO ART.
- AO S. I. PARA INVESTIGAÇÃO
- REQUISITAR E JUNTAR OS LAUDOS
- REMETER PARA:

BV. 10/09/19

01 NOV. 2019

**PMRR-CIPTUR**

## RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

Nº 810343

Vtr CIPTUR02	SUCP CIPTUR	Data 04/03/19	S/Setor OESTE	H/Transm 21:35	H/Iní 21:35	CH/h 21:40	H/Fim 00:20
Cód. Oc. 1001/1003	Cód. Prov. 13006/13010/13999			Cód. Ser. Prest. XXXXXXXXXXXXXX	Km/Iní. 114850	Km/Fim. 114860	
LOCAL DA OCORRÊNCIA LOCAL: AV. GAL. ATAIDE TEIVE C/ AV. SÃO JOAQUIM				Bairro: SILVIO LEITE	Ref.: SEMÁFORO		
PESSOAS RELACIONADAS							
1 CONDUTOR V1	Nome: JENUAN ALEXANDRE DA SILVA			Idade: 21	E. Civil: SOLTEIRO		
Endereço: TRAVESSA SILVIO LEITE, Nº610 BAIRRO SILVIO LEITE	(dados pessoais colhidos verbalmente devido não estar portando documentos)						
Idt. R.G NÃO PORTAVA	CNH NÃO POSSUI			Profissão: MILITAR			
2 PASSAGEIRA V1	Nome: BIANCA SOBRINHO			Idade: 19	E. Civil: SOLTEIRA		
Endereço: RUA VICENTE TAVARES DE MELO,Nº315 BAIRRO SILVIO LEITE	(dados pessoais colhidos verbalmente devido não estar portando documentos)						
Idt. R.G NÃO PORTAVA	CNH NÃO PORTAVA			Profissão: TECNICA EM ENFERMAGEM			
3 CONDUTOR V2	Nome: JONIS WALBER DE SOUZA GOUCH			Idade: 34	E. Civil: CASADO		
Endereço: AV. PRICESA ISABEL,Nº2827 BAIRRO TANCREDO NEVES							
Idt. R.G 90001014795 SSP/CE	CNH 02372044218			Profissão: METALÚRGICO			
VEICULOS ENVOLVIDOS NÃO APRESENTADOS							
VEICULO ITEM 01 – V1: HONDA/CG 150 FAN COR CINZA PLACA NAL6252.							
VEICULO ITEM 03 – V2: NISSAN/FRONTIER SE COR PRATA PLACAS NUK1930.							
DANOS CONFORME PERICIA IC/PCRR PERITO CLEIDSON.							
RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S). NÃO HOUVE MATERIAIS APREENDIDOS.							
ASSINATURA	CARGO			LOCAL			
HISTÓRICO							
Senhor (a) Delegado (a), Fomos acionados via Ciops para atendimento da uma ocorrência de acidente de trânsito com vítimas lesão corporal no endereço supracitado. Conforme as informações colhidas no local e relato dos envolvidos, o Item 01 Srº JENUAN conduzia o veiculo V1 e tinha a Item 02 Srª BIANCA como passageira e trafegava na Avenida GAL. ATAIDE TEIVE sentido Centro/Bairro, quando no cruzamento com a AV. SÃO JOAQUIM colidiu seu veiculo V1 na parte dianteira do lado esquerdo do veiculo V2 que era conduzido pelo Item 03 Srº JONIS que trafegava na AV. GAL. ATAIDE TEIVE e fez conversão a esquerda causando o acidente. Que no local ha sinalização de regulamentação de transito (placa R4a). Que condutor do V1(JENUAN) e a passageira (BIANCA) foram conduzidos ao PSE pelo SAMU com fraturas e escoriações. A Pericia IC/PCRR foi acionada, sendo realizada pela equipe do Perito CLEIDSON. Que o Item 01 (JENUAN) não portava documentos pessoais e foram colhidos os dados pessoais verbalmente. Verificado que o mesmo não possui CNH/PPD/ACC. Que o Item 03 Srº JONIS estava com a CNH vencida há mais de 30 dias. Que foram tomadas todas as medidas administrativas referentes ao CTB. Que o Item 03 Srº JONIS não apresentava sinais/sintomas de ter ingerido bebida alcoólica. Informo que a PMRR não dispõe de aparelho de etilômetro, sendo solicitado apoio do DETRAN-RR, que foi nos informado que não tinha aparelho disponível para prestar o apoio. Os veiculo foram liberados no local, sendo que V1 foi entregue para o Sr. MAGNUM RAMOM TOMAZ EMILIANO CNH 04374740121. Que o V2 ficou na responsabilidade do Srº RAFAEL KONZEN (CNH:01864949102). Era o que tinha a relatar.							
ANDRADE ANJOS DA SILVA	41.683-5	Nº	SD/PM	CIPTUR - CPC			
Posto/Graduação				SUOp			
RELATOR							



**Eletrobrás**  
Distribuição Roraima

Para contato com a  
Eletrobrás, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
**0067523-7**

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Ene Gómez, 601 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal Alimenta o Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impostos autorizado pelo SEFAZ 368/13

Nº de Nota Fiscal: 000935236

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

CONTAMÉS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	06/07/2018	50	55,20

PAULO DE SOUZA-NUNES

R. VICENTE TAVARES DE MELO 315 DR. SILVIO LEITE  
CPF: 00038334496249

CEP: 69.314-332 - BOA VISTA

ROT: 11.001.19.05.049200

DADOS DA LEITURA		KWH	AVAH	DADOS DA LEITURA	
Atual:		923		Atual:	18/06/2018
Anterior:		923		Anterior:	17/05/2018
Constante de Multiplicador:		1.000		Próxima Leitura:	18/07/2018
Consumo Médio:		0		Emissão:	15/06/2018
Consumo Faturado:		50	FCAM	Apresentação:	18/06/2018

MINIMO

32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	SI		2805043	N 1521521	1.1.1.2	1231

DISJONTORE (kWh)	DESCRIPÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo	CONSUMO	50 A R\$ 0,564414 =
MAI/18 228	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 05/18-00	28,22
ABR/18 1800	HULTA POR ATRASO DE I 05/18-00	0,04
MAR/18 1374	JUROS DE MORA POP ATR 05/18-00	0,69
FEV/18 1417	MULTA POR ATRASO 05/18-00	0,01
JAN/18 1359	JUROS DE MORA DE INPO 05/18-00	2,60
DEZ/17 1620	ILUMINACAO PÚBLICA	0,05
NOV/17 1568		23,56
OUT/17 1347		
SET/17 1074		
AGO/17 949		
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 H 50 - 0,45778		

AVISO: AGENTES RECLAMANTES REAVISAM VENCIMENTO  
CASO HAJA LIGURNCIA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) P  
ODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.  
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26  
Parabens! Até o dia 15/06/2018, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 050A.C7E2.73A1.4EC3.6482.A4C6.5490.E55D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	13,71	Base de Cálculo:	20,22
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,57	Valor do ICMS:	4,79
Encargos:	5,37	Valor do PIS:	0,10
Tributos:		Valor da COFINS:	0,48

INDICADORES DE CONTINUIDADE

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

01 NOV. 2019



Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Eraldo Góes, 601 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Para contato  
conosco informe  
este número

SEU CÓDIGO

0108915-3

Nº da Nota Fiscal 003319917  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	11/08/2019	196	192,41

ILOR INACIO DE SOUZA  
R. ANTONIO P GALVAO 1832 2 BURITIS  
CPF: 00038305151204  
CEP: 69.309-200 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA  
Atual: 27732  
Anterior: 27536  
Consume de Multiplicação: 1,000  
Consumo Médio: 196  
Consumo Fatorado: 196

ROT: 5.001.12.04.021718

Atual	25/07/2019		
Anterior	24/06/2019		
Próxima Leitura	25/08/2019		
Emissão:	24/07/2019		
Apresentação	25/07/2019		

NORMAL

31

Classe/Subclasse	Lípida	Número Medidor	Ponto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	5 BI	2206908	N 1519448	1.1.1.2	238
HISTÓRICO kWh					
Mês/ano consumo					
JUN/19 158 MAI/19 100 ABR/19 178 MAR/19 263 FEV/19 237 JAN/19 231 DEZ/18 209 NOV/18 370 OUT/18 345 SET/18 246					
CONSUMO ILUMINAÇÃO PÚBLICA					
196 A R\$ 0,764602 = 149,86 42,55					
TABELA SEM TRIBUTOS: 0 A 196 - 0,634620					
DESCRICAÇÃO DA CONTA					

#### MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Año Valor R\$ 06/2019 164,28 Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/08/2019, em função das contas faltantes neste faturamento. O não pagamento poderá ensejar também a instauração de caso de consumo na SEDRA. Informamos ainda que há (em conta) vencimento e já reavaliado(s) no valor de R\$ 212,94 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento faturar desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO B9C4, FD0B, D66A, 9E73, 38C8, 964F, 5C4F, C72D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 38,51	Base de Cálculo: 149,86
Energia: 81,64	Aliquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 25,47
Encargos: 4,24	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 25,47	Valor do COFINS: 0,00

#### INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99  
8,80 16,00 1,55

FLORESTA  
ROT: 5.001.12.04.021718

05/2019 32,81

SEU CÓDIGO  
0108915-3

TOTAL A PAGAR - R\$ 192,41

MÊS FATURADO  
07/2019

VENCIMENTO  
11/08/2019

Nº da Nota Fiscal 003319917 FCAM

Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Eraldo Góes, 601 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

836800000017 924100750000 0 0000000108 1 915307190081



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZADA E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Iloir Inacio de Souza

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

Bianca Sobrinho

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.493.412-18

do sinistro de DPVAT cobertura Imóveis

da Vítima Bianca Sobrinho

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.493.412-18

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_

e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua: Antônio Pinheiro Galvão</u>			Número:	<u>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Buritis</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>	CEP:
E-mail:	<u>iloirri@hotmail.com</u>			Tel.(DDD):	<u>(95)99194-4282</u>	

Local e Data: Boa Vista - RR, 31/10/2019

Assinatura do Declarante



ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:15:26

ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:15:26

ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:15:26

14 JAN 2019

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

NAME	ELOIR INACIO DE SOUZA		
DOC. IDENTIDADE /ORG. EMISSOR/	114807 SSP RR		
CPF	383.051.512-04	DATA NASCIMENTO 07/06/1978	
PLACAR	JOSE SOUZA DE ASSUNCAO		
ONIRIR INACIO DE OLIVEIRA		PERMISSÃO	ACC
TIPO DE VEICULO	PERMISSÃO	ACC	CATEGORIA AB
980151096	IP REGISTRO 01101912304	VALIDADE 28/01/2020	PRIMERAÇÃO 15/12/1999
OBSERVAÇÕES			
 ASL-0445880/19 bianca.vieira 26/08/2020 09:15:26			
LOCAL BOA VISTA - ROBAINA		DATA DE EMISSÃO 30/01/2015	
		192495240616 RR2079686020	
ACELVIO NUNESCH PEREIRA DIRETOR FREQUENTE		AUTENTICAÇÃO DO EMISSOR	
DET RANISAR (RIO DE JANEIRO)			

# TRABALHADOR

Esta é a Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 32.503 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-Lei nº 3.452 de 09.05.1945 que aprova a C.T.T., que é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego em atividade profissional.

Nela devem ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o conhecimento dos seus direitos quanto à durabilidade do trabalho, bem como para a eficiência da apresentação e demais benefícios previstos nela, 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, auxiliam 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 dessa 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 INSTRUMENTOS DO  
FAT - FUNDÔO DE APOSENTADORIA E TÍTULOS

VISITE O PONTO ATÉ: WWW.MTE.GOV.BR

# MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

## CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

161.42491.32-9

8131735

0040

RR

Bianca Sobrinho



### ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

DATA

DATA INICIAL DE  
DOCUMENTO

VALIDADE

NAME

DOCUMENTO

VALIDADE

NAME

DOCUMENTO

VALIDADE

NAME

DOCUMENTO

VALIDADE

NAME

DOCUMENTO

VALIDADE

BIANCA SOBRINHO

FILIAÇÃO: EVA SOBRINHO

NASCIMENTO: 11/06/1999

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOAVISTA - RR

DOCUMENTO: RG: 4152150 SESP RR 230/2010

LEI Nº 9.046, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 058.403.412-18

CRNH: 00000000000000000000000000000000

SEÇÃO: 00000000000000000000000000000000

TIT. ELEITOR:

LOCAL/ DATA DE EMISSÃO: SITIEIR - 08/02/2015

01 NOV. 2019

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	BIANCA Sobrinho
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	ESTUDANTE
IDENTIF.	415 2190 SSP/RR
ENDERECO:	RUA VICENTE TAUARES DE MELO, 315 - Sítio Leite

OUTORGADO

NOME:	JOAIR INACIO DE SOUSA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	ARTONOMO
IDENTIF.	114.807 SSP/RR
ENDERECO:	RUA AUTORIO PINTHEIRO GALVÃO 1832, BURITIS

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 04/103/2019, cobertura Incêndio, vitima: Bianca Sobrinho.

Boa Vista - 07/08/2019

LOCAL E DATA



Bianca Sobrinho

ASSINATURA DO OUTORGANTE

01 NOV. 2019



DANIEL  
AQUINO  
107689 - Seção 01324574  
Reconhecido por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
BIANCA SOBRINHO

Em testemunha da verdade. BPO  
De que dou fé. Boa Vista/DF, 07 de maio de 2019.  
Consulte o(a) seção abaixo em cidades.portalseletor.com.br  
RECFIR1662954ROPOLAYQBSRV51

Envolvimentos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 Total: R\$ 4,50

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Testemunha e Registrador  
Av. Atílio Teixeira, 4587 - Asa Branca - Boa Vista/DF  
Fone: (61) 3427-4150  
Email: daniel.sobrinho@cartorioaqueino.com.br

107.689

*Daniela Oliveira de Aquino*  
Escrivane Autorizada

# ITAÚ - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341

AGÊNCIA: 0477

CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA:

20/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BIANCA SOBRINHO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 00000025725-7

---

Autenticação:

9BF096A6DDEAC28617EDA839A82DA0B0DDB65CFF6A23035F0942FC2E220A173B

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190692766      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BIANCA SOBRINHO      **Data do acidente:** 04/03/2019      **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/12/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.  
FRATURA DE 1º AO 3º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.  
ALTA MÉDICA. P.04/05/16/18

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR

**Documentos complementares:**

**Observações:** IMAGEM P.22/24/30

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200274109      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BIANCA SOBRINHO      **Data do acidente:** 11/12/2019      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/08/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA (PG 3)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** BAM DATADO DE 11/12/2019 ACOSTADO NA PG 3 INFORMA FRATURA PRÉVIA DO MEMBRO INFERIOR.  
NÃO ESTABELECIDO NEXO DE CAUSALIDADE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS NA PG 1/2/4/5/6.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 05 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200274109**

**Vítima: BIANCA SOBRINHO**

**Data do Acidente: 11/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), BIANCA SOBRINHO**

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, contados 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](http://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, 07 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200274109**

**Vítima: BIANCA SOBRINHO**

**Data do Acidente: 11/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), BIANCA SOBRINHO**

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 11/12/2019, emitido pelo Dr. JESUS A LOPEZ AGUIRRE CRM nº 566 - RR, da Instituição SUS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 7294/2020 - Registrado em: 23/07/2020 às 16h 50min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 11/12/2019 às 08h 02min

**LOCAL DO FATO**

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: N11

Nº: S/N

CEP: 69316-360

Bairro: PINTOLANDIA

Tipo de local: VIA URBANA

Referência:

Complemento:

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

BIANCA SOBRINHO(20), nascido(a) em 11/09/1999, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 039.493.412-18, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de EVA SOBRINHO e PAULO DE SOUSA NUNES, endereço: VICENTE TAVARES DE MELO, cep: 69314-332, Nº: 315, bairro: DOUTOR SILVIO LEITE, BOA VISTA-RR, referência: POSTO DE SAÚDE DR SILVIO LEITE, Telefone: (95) 99136-4387.

**OBJETOS**

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO-DPVAT

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

A COMUNICANTE INFORMA QUE TRANSITAVA COMO PASSAGEIRA DA MOTOCICLETA CG TODAY 125, COR: PRETA, PLACA: NAI4029, CONDUZIDA POR SEU NAMORADO LUCAS, NO ENDEREÇO ACIMA QUANDO UMA MOTO INVADIU A PREFERENCIAL REPENTINAMENTE A FAIXA EM QUE A MESMA TRAFEGAVA NÃO DANDO TEMPO DE DESVIAR, OCORRENDO ASSIM A COLISÃO. A MESMA INFORMA QUE FOI SOCORRIDA PELA EQUIPE DO SAMU ATÉ O HGR COM FRATURA NO OMBRO DIREITO E NO JOELHO ESQUERDO. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS  
DELEGADO DE POLICIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

RONALDO LUIZ DE SOUZA  
POLICIAL CIVIL  
MATRÍCULA: SIAFI 710354  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

Bianca Sobrinho

BIANCA SOBRINHO  
COMUNICANTE



**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: 5612350

**PAULO DE SOUZA NUNES**

R. VICENTE TAVARES DE MELO, 315 ,

DR. SILVIO LEITE

69314332 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
675237	07/2020	17-JUN-20 a 20-JUL-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
914	06-AUG-20	R\$ 741,10

**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	MÊS	TOTAL A PAGAR
675237	07/2020	R\$ 741,10

836100000071.411000750009.000000000679.523707200052



01/06/2020

Via de Pagamento para o mês/ano: 05/2020 referente a UC 1089170



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: 5263295

ILOR INACIO DE SOUZA  
R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 4  
BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
653	11-JUN-20	R\$ 554,71

### 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

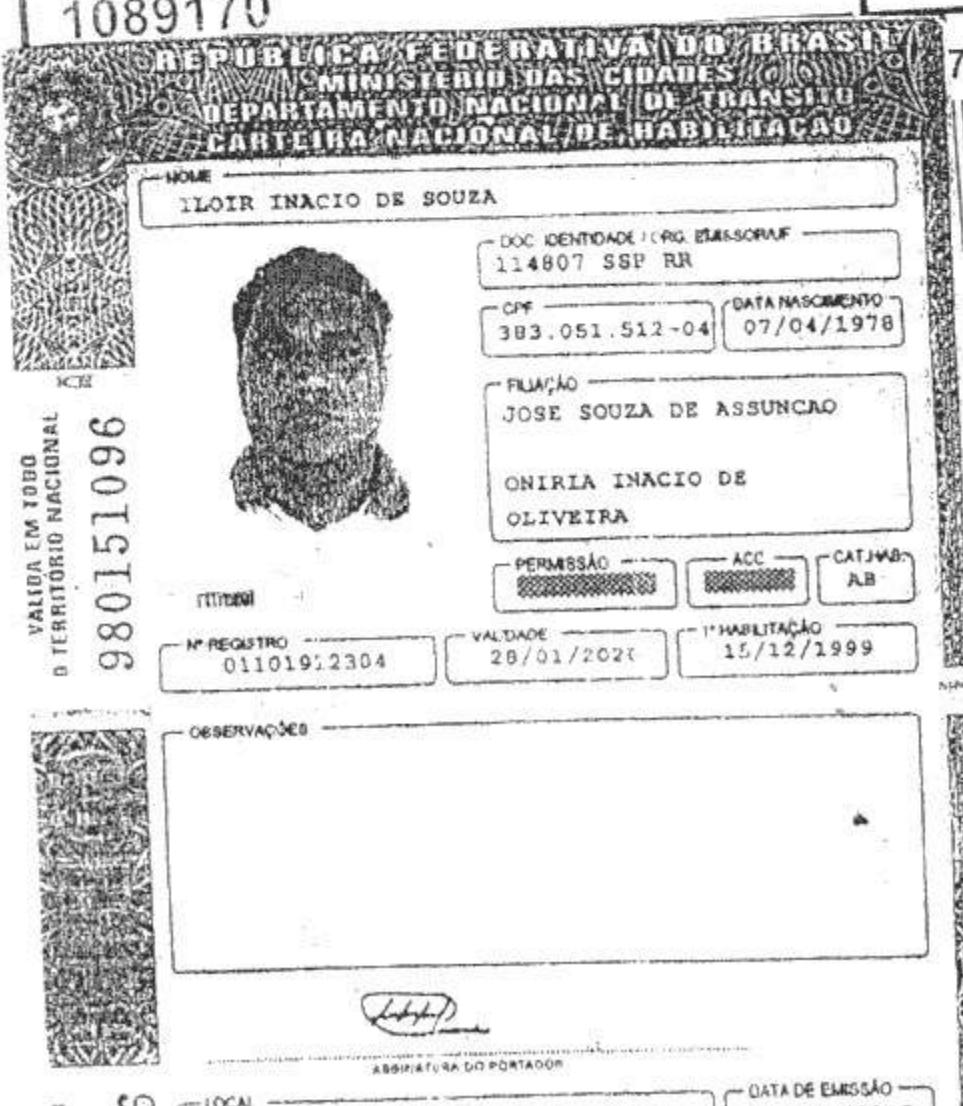


AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44  
IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO  
1089170

MÊS  
05/2020

TOTAL A PAGAR  
R\$ 554,71



750009.000000001081.917005200055



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURADO. <sup>2</sup> 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 ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Bianca Sobrinho de Souza, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

inscrito (a) no CPF/CNPJ 363.061.512 / 04, inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.493.412 / 18,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Bianca Sobrinho,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.493.412 / 18, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

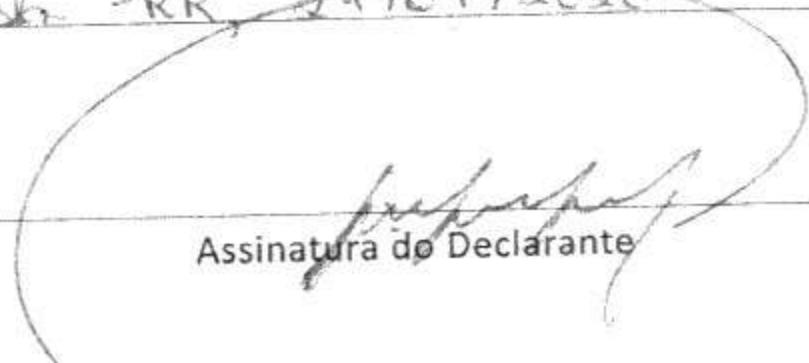
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

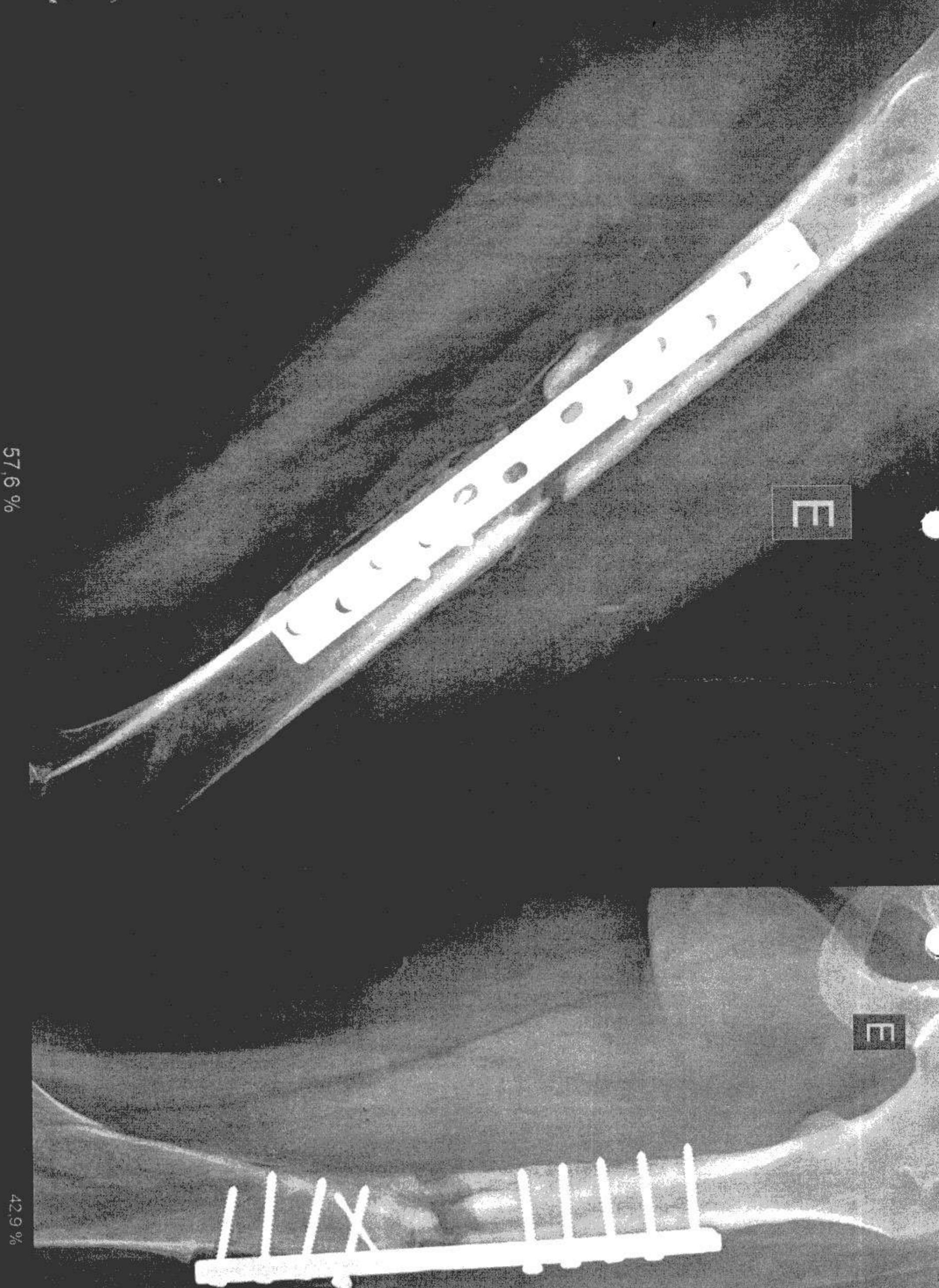
Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua Antônio P. Valente</u>	Número:	<u>1832</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Bonfim</u>	Cidade:	<u>Bonfim</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69.309-209</u>
E-mail:	<u>TLOI.RRA@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD): <u>(95) 98464-5368</u>

Local e Data: Bonfim - RR, 21/07/2020

  
Assinatura do Declarante



57,6 %

ID: LEITO 316

Nr: 335

42,9 %

BIANCA SOBRINHO  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Data: 03/02/2020

Tec: ALILSON



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

### RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE

*Bruno Colares*

ANOS,

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, *13/03/20*, COM  
DIAGNÓSTICO DE *fratura de joelho Esquerdo*

NO DIA *16/03/20*, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
*Artroscopia do joelho F*

SENDO

OPERADO PELO DR.

*Rodrigo*

E DR.

*Ricardo*

EM

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA *18/03/20*, AS *10:00*, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL

CORONEL MOTA NO DIA

*1/1*

ÀS

*08:00*

COM O

DR.

*Edson*

### 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.

*18/03/20*

BOA VISTA

Augusto Cavalcante  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM RR 1964



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Reclassificação  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

Reclassificação  
 Vermelho: Enfermagem  
 Cárabas - RR 001.058.491-  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.

1901196806	11/12/2019 01:08:02	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 19-	4
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
<b>BIANCA SOBRINHO</b>		11/09/1999	20 A 3 M 0 D	703402678516100	03949341218	00171529	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE	4152190	RR	23/08/2010	F	SOLTEIRO(A)	PARDA	BOA VISTA - RR
Mãe					Pai		Contato
EVA SOBRINHO					NC		(95) 99153-6653
Endereço	Ocupação						
RUA - VICENTE TAVARES DE MELO - 315 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão
<b>ACIDENTE DE MOTO</b>	<b>URGÊNCIA</b>						
Setor	Type de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:		
<b>GRANDE TRAUMA</b>	<b>SAMU CAPITAL</b>				<b>SOUSA</b>		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem					GSC	TOTAL	
					AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	15	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	Vizinha de casa muito xuxo com trauma <del>em circulação essa é digo o abuso direto</del>						
Exame Físico	Trauma Rúvia de mmt <div style="text-align: right; margin-top: -20px;"> <div style="display: inline-block; transform: rotate(-45deg); transform-origin: left top;">           Hospital Geral de Roraima - Boa Vista - RR            Novo atendimento em (95) 99153-6653            AUTENTICAÇÃO         </div> <div style="display: inline-block; transform: rotate(-45deg); transform-origin: left top;">           20/12/2019            10:00 AM            Cetim e Sou fez a presente            reprodução original            neste hospital         </div> </div>						
Hipótese Diagnóstica	PONTAURA <div style="text-align: right; margin-top: -20px;"> <div style="display: inline-block; transform: rotate(-45deg); transform-origin: left top;">           Hospital Geral de Roraima - Boa Vista - RR            Novo atendimento em (95) 99153-6653            AUTENTICAÇÃO         </div> <div style="display: inline-block; transform: rotate(-45deg); transform-origin: left top;">           20/12/2019            10:00 AM            Cetim e Sou fez a presente            reprodução original            neste hospital         </div> </div>						
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:						
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
DIPIMINA 2g IV + IMA 40mg IV  omoponto Fractura clavicular ferida hematica letal jude - es -							
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: <b>ONCOPEDIA</b>						
	<input type="checkbox"/> Ambulatório Geral <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :						
Óbito							
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : :					
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			



F  
Data 18.03.2020

Anexo I

BLOCO F

<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>				
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE						4 - CNES	
<b>Identificação do Paciente</b>							
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N° DO PRONTUÁRIO				
<i>Bruno Sombra</i>			171529				
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO			9 - SEXO	
2103402678520100			01/09/1999			Masc. <input type="checkbox"/> 1	Fem. <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO			12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	
Eva Sobreiro			9159191364387			Av. Vicente Tavares s/nº 815 DR. Silviano Teixeira	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO			15 - UF	16 - CEP
Bú						DR	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>							
<i>Osteogênese de fíbula E + enzema</i>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
<i>18 Densas</i>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
<i>KH + Densas Misto</i>							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<i>Kh pmmz 7</i>							
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>							
<b>24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
<i>Kh pmmz 7</i>							
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
				<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32-ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
<i>Volcan Koski</i>				46 / 03 / 2020 MÉDICO ORTOPEDISTA Ortopedia e Traumatologia			
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>							
33 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE		38 - SÉRIE	
34 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO							
35 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		<input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO		<input type="checkbox"/> APOSENTADO		<input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF							
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
<i>16/3/20</i>							
<i>0408050519 SFZ3</i>							

Bravo  
Silviano

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 16/03/90

O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO: Dalson1º auxiliar: Rodrigo

2º auxiliar: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADORA: S

3º auxiliar: \_\_\_\_\_

ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_

ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_

FIM: \_\_\_\_\_

DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

O paciente é um DDI sob sedoanalgésico.  
O trânsito é fálico normal.  
O colostoma na coxa aberto.  
O I-visor na região lateral da fíbula E  
da joela M. fálico com reabsorção normal  
com glicose 10% e sangue de Bovalino  
e LNC com SF 0.91 + enxerto ósseo ilíaco.  
Sutura com Vicryl + Nylon.  
Curativos.  
SAO RPP.

Dr. Dalson Feitosa  
Ortopedista Traumatologista  
CRM-FE 1172Ortopedista  
CRM-FE 1172  
Traumatologista  
CRM-FE 1172  
96

Alvejia: Bucogástrica

Scavens

Coxotomopélio

elétrica

Branco Sobrinho 20 a 0

PRESCRIÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

FNT 100 mg { 3v  
MDZ 5 mg { 8:30 Sot. sifonico.

Boa Vista - RR

16/03/20

8:00 9:00 10:00 11:00 12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00

A  
G  
E  
N  
T  
E  
SN 20  
02  
03  
04  
05  
06  
07  
08  
09  
010  
011  
012  
013  
014  
015  
016  
017  
018  
019  
020  
021  
022  
023  
024  
025  
026  
027  
028  
029  
030  
031  
032  
033  
034  
035  
036  
037  
038  
039  
040  
041  
042  
043  
044  
045  
046  
047  
048  
049  
050  
051  
052  
053  
054  
055  
056  
057  
058  
059  
060  
061  
062  
063  
064  
065  
066  
067  
068  
069  
070  
071  
072  
073  
074  
075  
076  
077  
078  
079  
080  
081  
082  
083  
084  
085  
086  
087  
088  
089  
090  
091  
092  
093  
094  
095  
096  
097  
098  
099  
0100  
0101  
0102  
0103  
0104  
0105  
0106  
0107  
0108  
0109  
0110  
0111  
0112  
0113  
0114  
0115  
0116  
0117  
0118  
0119  
0120  
0121  
0122  
0123  
0124  
0125  
0126  
0127  
0128  
0129  
0130  
0131  
0132  
0133  
0134  
0135  
0136  
0137  
0138  
0139  
0140  
0141  
0142  
0143  
0144  
0145  
0146  
0147  
0148  
0149  
0150  
0151  
0152  
0153  
0154  
0155  
0156  
0157  
0158  
0159  
0160  
0161  
0162  
0163  
0164  
0165  
0166  
0167  
0168  
0169  
0170  
0171  
0172  
0173  
0174  
0175  
0176  
0177  
0178  
0179  
0180  
0181  
0182  
0183  
0184  
0185  
0186  
0187  
0188  
0189  
0190  
0191  
0192  
0193  
0194  
0195  
0196  
0197  
0198  
0199  
0200  
0201  
0202  
0203  
0204  
0205  
0206  
0207  
0208  
0209  
0210  
0211  
0212  
0213  
0214  
0215  
0216  
0217  
0218  
0219  
0220  
0221  
0222  
0223  
0224  
0225  
0226  
0227  
0228  
0229  
0230  
0231  
0232  
0233  
0234  
0235  
0236  
0237  
0238  
0239  
0240  
0241  
0242  
0243  
0244  
0245  
0246  
0247  
0248  
0249  
0250  
0251  
0252  
0253  
0254  
0255  
0256  
0257  
0258  
0259  
0260  
0261  
0262  
0263  
0264  
0265  
0266  
0267  
0268  
0269  
0270  
0271  
0272  
0273  
0274  
0275  
0276  
0277  
0278  
0279  
0280  
0281  
0282  
0283  
0284  
0285  
0286  
0287  
0288  
0289  
0290  
0291  
0292  
0293  
0294  
0295  
0296  
0297  
0298  
0299  
0300  
0301  
0302  
0303  
0304  
0305  
0306  
0307  
0308  
0309  
0310  
0311  
0312  
0313  
0314  
0315  
0316  
0317  
0318  
0319  
0320  
0321  
0322  
0323  
0324  
0325  
0326  
0327  
0328  
0329  
0330  
0331  
0332  
0333  
0334  
0335  
0336  
0337  
0338  
0339  
0340  
0341  
0342  
0343  
0344  
0345  
0346  
0347  
0348  
0349  
0350  
0351  
0352  
0353  
0354  
0355  
0356  
0357  
0358  
0359  
0360  
0361  
0362  
0363  
0364  
0365  
0366  
0367  
0368  
0369  
0370  
0371  
0372  
0373  
0374  
0375  
0376  
0377  
0378  
0379  
0380  
0381  
0382  
0383  
0384  
0385  
0386  
0387  
0388  
0389  
0390  
0391  
0392  
0393  
0394  
0395  
0396  
0397  
0398  
0399  
0400  
0401  
0402  
0403  
0404  
0405  
0406  
0407  
0408  
0409  
0410  
0411  
0412  
0413  
0414  
0415  
0416  
0417  
0418  
0419  
0420  
0421  
0422  
0423  
0424  
0425  
0426  
0427  
0428  
0429  
0430  
0431  
0432  
0433  
0434  
0435  
0436  
0437  
0438  
0439  
0440  
0441  
0442  
0443  
0444  
0445  
0446  
0447  
0448  
0449  
0450  
0451  
0452  
0453  
0454  
0455  
0456  
0457  
0458  
0459  
0460  
0461  
0462  
0463  
0464  
0465  
0466  
0467  
0468  
0469  
0470  
0471  
0472  
0473  
0474  
0475  
0476  
0477  
0478  
0479  
0480  
0481  
0482  
0483  
0484  
0485  
0486  
0487  
0488  
0489  
0490  
0491  
0492  
0493  
0494  
0495  
0496  
0497  
0498  
0499  
0500  
0501  
0502  
0503  
0504  
0505  
0506  
0507  
0508  
0509  
0510  
0511  
0512  
0513  
0514  
0515  
0516  
0517  
0518  
0519  
0520  
0521  
0522  
0523  
0524  
0525  
0526  
0527  
0528  
0529  
0530  
0531  
0532  
0533  
0534  
0535  
0536  
0537  
0538  
0539  
0540  
0541  
0542  
0543  
0544  
0545  
0546  
0547  
0548  
0549  
0550  
0551  
0552  
0553  
0554  
0555  
0556  
0557  
0558  
0559  
0550  
0551  
0552  
0553  
0554  
0555  
0556  
0557  
0558  
0559  
0560  
0561  
0562  
0563  
0564  
0565  
0566  
0567  
0568  
0569  
0560  
0561  
0562  
0563  
0564  
0565  
0566  
0567  
0568  
0569  
0570  
0571  
0572  
0573  
0574  
0575  
0576  
0577  
0578  
0579  
0580  
0581  
0582  
0583  
0584  
0585  
0586  
0587  
0588  
0589  
0580  
0581  
0582  
0583  
0584  
0585  
0586  
0587  
0588  
0589  
0590  
0591  
0592  
0593  
0594  
0595  
0596  
0597  
0598  
0599  
0590  
0591  
0592  
0593  
0594  
0595  
0596  
0597  
0598  
0599  
0600  
0601  
0602  
0603  
0604  
0605  
0606  
0607  
0608  
0609  
0600  
0601  
0602  
0603  
0604  
0605  
0606  
0607  
0608  
0609  
0610  
0611  
0612  
0613  
0614  
0615  
0616  
0617  
0618  
0619  
0610  
0611  
0612  
0613  
0614  
0615  
0616  
0617  
0618  
0619  
0620  
0621  
0622  
0623  
0624  
0625  
0626  
0627  
0628  
0629  
0620  
0621  
0622  
0623  
0624  
0625  
0626  
0627  
0628  
0629  
0630  
0631  
0632  
0633  
0634  
0635  
0636  
0637  
0638  
0639  
0630  
0631  
0632  
0633  
0634  
0635  
0636  
0637  
0638  
0639  
0640  
0641  
0642  
0643  
0644  
0645  
0646  
0647  
0648  
0649  
0640  
0641  
0642  
0643  
0644  
0645  
0646  
0647  
0648  
0649  
0650  
0651  
0652  
0653  
0654  
0655  
0656  
0657  
0658  
0659  
0650  
0651  
0652  
0653  
0654  
0655  
0656  
0657  
0658  
0659  
0660  
0661  
0662  
0663  
0664  
0665  
0666  
0667  
0668  
0669  
0660  
0661  
0662  
0663  
0664  
0665  
0666  
0667  
0668  
0669  
0670  
0671  
0672  
0673  
0674  
0675  
0676  
0677  
0678  
0679  
0670  
0671  
0672  
0673  
0674  
0675  
0676  
0677  
0678  
0679  
0680  
0681  
0682  
0683  
0684  
0685  
0686  
0687  
0688  
0689  
0680  
0681  
0682  
0683  
0684  
0685  
0686  
0687  
0688  
0689  
0690  
0691  
0692  
0693  
0694  
0695  
0696  
0697  
0698  
0699  
0690  
0691  
0692  
0693  
0694  
0695  
0696  
0697  
0698  
0699  
0700  
0701  
0702  
0703  
0704  
0705  
0706  
0707  
0708  
0709  
0700  
0701  
0702  
0703  
0704  
0705  
0706  
0707  
0708  
0709  
0710  
0711  
0712  
0713  
0714  
0715  
0716  
0717  
0718  
0719  
0710  
0711  
0712  
0713  
0714  
0715  
0716  
0717  
0718  
0719  
0720  
0721  
0722  
0723  
0724  
0725  
0726  
0727  
0728  
0729  
0720  
0721  
0722  
0723  
0724  
0725  
0726  
0727  
0728  
0729  
0730  
0731  
0732  
0733  
0734  
0735  
0736  
0737  
0738  
0739  
0730  
0731  
0732  
0733  
0734  
0735  
0736  
0737  
0738  
0739  
0740  
0741  
0742  
0743  
0744  
0745  
0746  
0747  
0748  
0749  
0740  
0741  
0742  
0743  
0744  
0745  
0746  
0747  
0748  
0749  
0750  
0751  
0752  
0753  
0754  
0755  
0756  
0757  
0758  
0759  
0750  
0751  
0752  
0753  
0754  
0755  
0756  
0757  
0758  
0759  
0760  
0761  
0762  
0763  
0764  
0765  
0766  
0767  
0768  
0769  
0760  
0761  
0762  
0763  
0764  
0765  
0766  
0767  
0768  
0769  
0770  
0771  
0772  
0773  
0774  
0775  
0776  
0777  
0778  
0779  
0770  
0771  
0772  
0773  
0774  
0775  
0776  
0777  
0778  
0779  
0780  
0781  
0782  
0783  
0784  
0785  
0786  
0787  
0788  
0789  
0780  
0781  
0782  
0783  
0784  
0785  
0786  
0787  
0788  
0789  
0790  
0791  
0792  
0793  
0794  
0795  
0796  
0797  
0798  
0799  
0790  
0791  
0792  
0793  
0794  
0795  
0796  
0797  
0798  
0799  
0800  
0801  
0802  
0803  
0804  
0805  
0806  
0807  
0808  
0809  
0800  
0801  
0802  
0803  
0804  
0805  
0806  
0807  
0808  
0809  
0810  
0811  
0812  
0813  
0814  
0815  
0816  
0817  
0818  
0819  
0810  
0811  
0812  
0813  
0814  
0815  
0816  
0817  
0818  
0819  
0820  
0821  
0822  
0823  
0824  
0825  
0826  
0827  
0828  
0829  
0820  
0821  
0822  
0823  
0824  
0825  
0826  
0827  
0828  
0829  
0830  
0831  
0832  
0833  
0834  
0835  
0836  
0837  
0838  
0839  
0830  
0831  
0832  
0833  
0834  
0835  
0836  
0837  
0838  
0839  
0840  
0841  
0842  
0843  
0844  
0845  
0846  
0847  
0848  
0849  
0840  
0841  
0842  
0843  
0844  
0845  
0846  
0847  
0848  
0849  
0850  
0851  
0852  
0853  
0854  
0855  
0856  
0857  
0858  
0859  
0850  
0851  
0852  
0853  
0854  
0855  
0856  
0857  
0858  
0859  
0860  
0861  
0862  
0863  
0864  
0865  
0866  
0867  
0868  
0869  
0860  
0861  
0862  
0863  
0864  
0865  
0866  
0867  
0868  
0869  
0870  
0871  
0872  
0873  
0874  
0875  
0876  
0877  
0878  
0879  
0870  
0871  
0872  
0873  
0874  
0875  
0876  
0877  
0878  
0879  
0880  
0881  
0882  
0883  
0884  
0885  
0886<br

01/06/2020

Via de Pagamento para o mês/ano: 05/2020 referente a UC 1089170



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: 5263295

ILOR INACIO DE SOUZA  
R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 4  
BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089170	05/2020	25-APR-20 a 25-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
653	11-JUN-20	R\$ 554,71

### 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

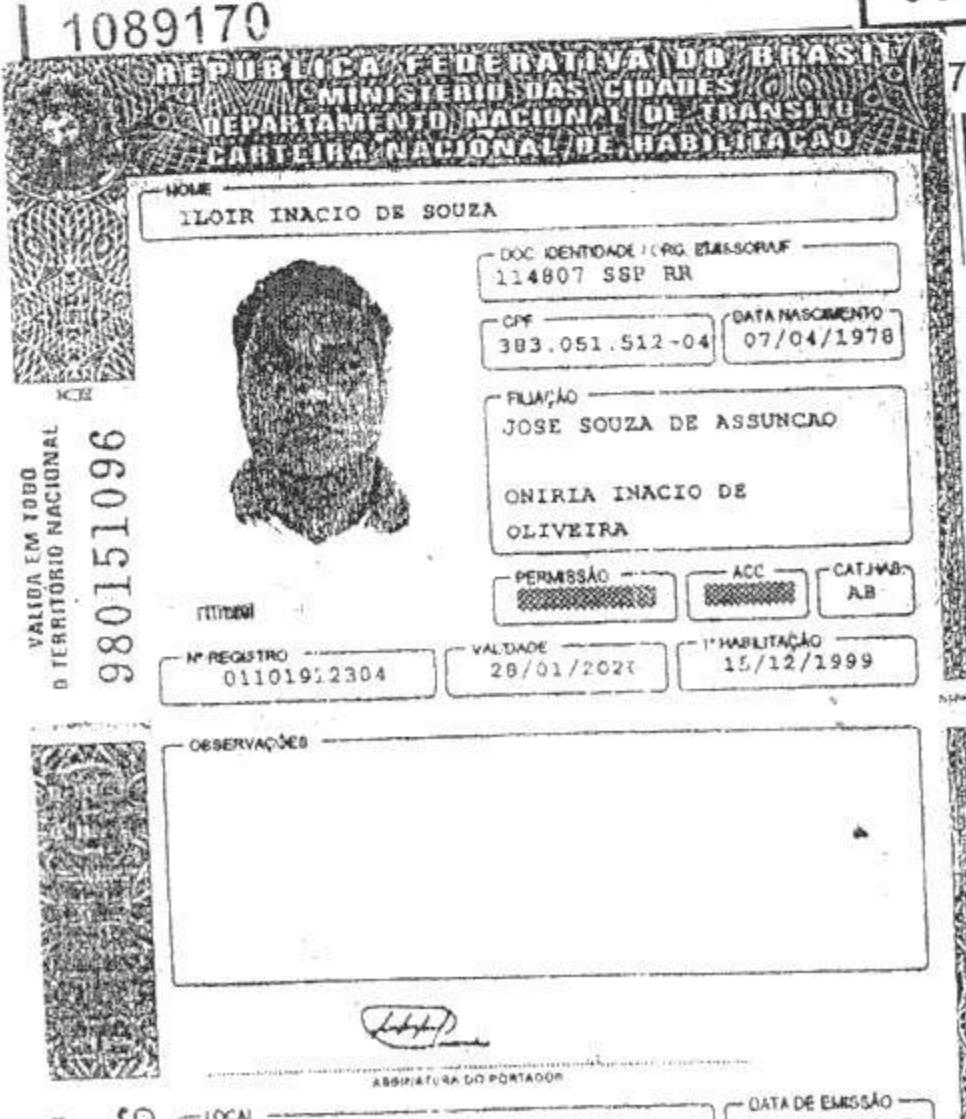


AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44  
IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO  
1089170

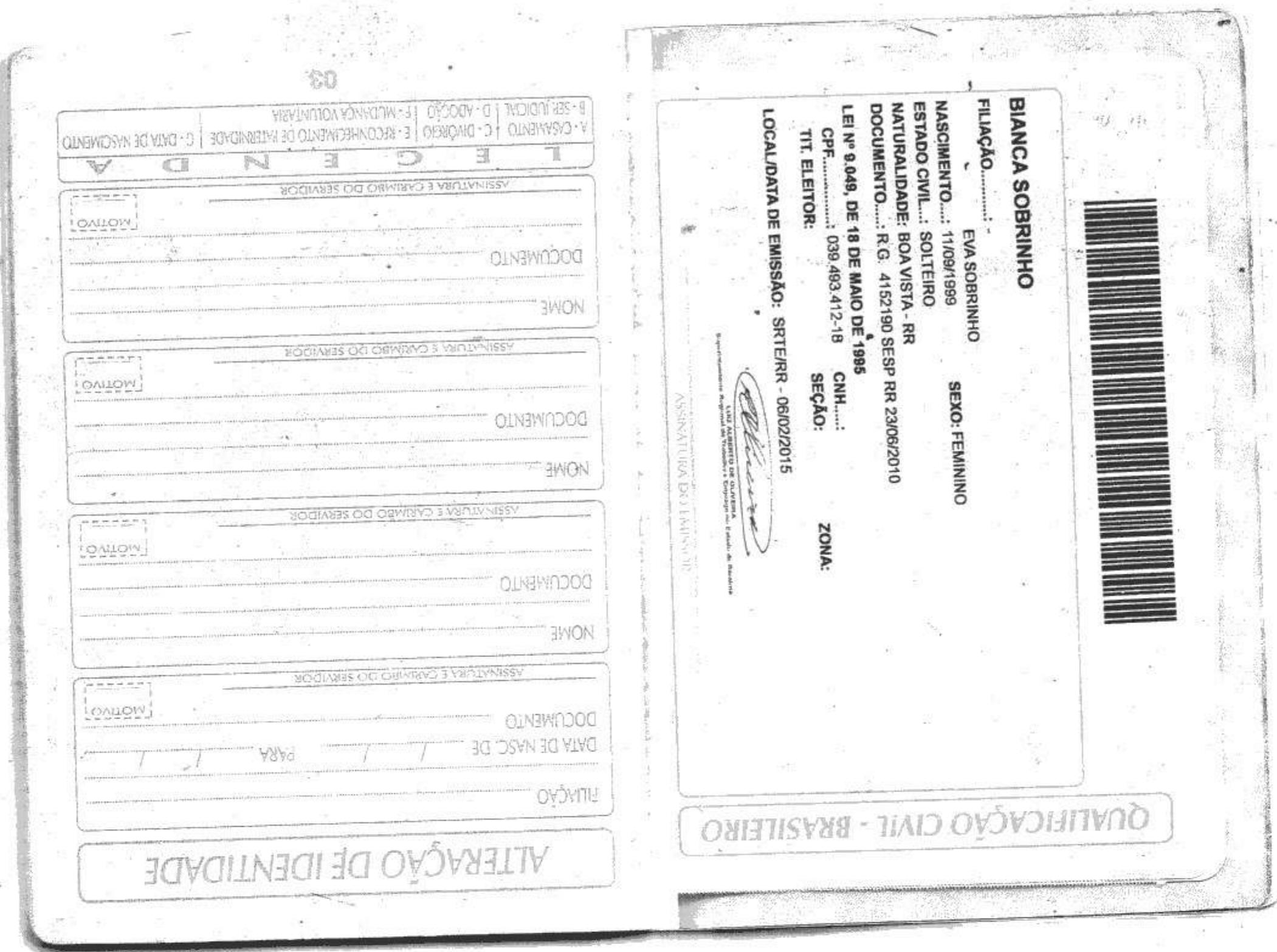
MÊS  
05/2020

TOTAL A PAGAR  
R\$ 554,71



750009.000000001081.917005200055





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200274109      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BIANCA SOBRINHO      **Data do acidente:** 11/12/2019      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/08/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA (PG 3)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** BAM DATADO DE 11/12/2019 ACOSTADO NA PG 3 INFORMA FRATURA PRÉVIA DO MEMBRO INFERIOR.  
NÃO ESTABELECIDO NEXO DE CAUSALIDADE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS NA PG 1/2/4/5/6.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME:	Bianca Sobrinho
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônoma
IDENTIDADE:	415 219 - 0
ENDERECO:	Rua Vicente tauzes de melo nº 315

## OUTORGADO

NOME:	Ilein Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônoma
IDENTIDADE:	114.807 55 P - RR
ENDERECO:	Rua: Antonio P. Vieira, 1832, Bento

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 11/12/2019, cobertura Invalidade, vitima: Bianca Sobrinho

Bento - RR, 12/03/2020

## LOCAL E DATA

Bianca Sobrinho

## ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0215247/20

**Vítima:** BIANCA SOBRINHO

**CPF:** 039.493.412-18

**Data do acidente:** 11/12/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** BIANCA SOBRINHO

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

### BIANCA SOBRINHO : 039.493.412-18

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](http://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: 03/08/2020  
Nome: BIANCA SOBRINHO  
CPF: 039.493.412-18

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/08/2020  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

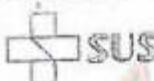
\_\_\_\_\_  
BIANCA SOBRINHO

\_\_\_\_\_  
MANOEL COELHO NETO



# BLOCO A

data : 18/10/19



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNEG

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Bianca Sozinho

6 - N° DO PRONTUÁRIO

171529

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

740314102161718151161100

8 - DATA DE NASCIMENTO

11/10/1991

9 - SEXO

F

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Eva Sozinho

11 - FONE DE CONTATO  
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua J. de Tavares de Melo, 315, Silv. Oliveira

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - COD. IBGE. MUNICÍPIO

RJ

15 - UF

16 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pontente visível da orelha da paciente com náuseas e  
ta (sa) com coryza e com coceira no nariz e faringe.  
LORTOCRISTAL NO R. L. INFLAMATÓRIA DE PONTEZOLAS  
E CIR. NO TURBO. COM GRANDE DIFÍCIL DE MARCHA  
PO CALOR E FRÍO.

18 - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Praticamente estável.

19 - PRINCIPAIS RESULTADO

História clínica, exame físico e RX

01 NOV. 2019

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 ASSOCIADA

Enfrouro da gástrica farré, RX RX RX RX 001-POOL; Apesar. 202c a 39 POOL

CONTORNO DE LORTECRISTAL E CIR. NO TURBO. ELEVAÇÃO DE FLUXOS.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CONST. 0.

26 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

31 - 05/10/19

32 - ASSINATURA E CARTEIRA DE REGISTRO DO CONSELHO

33 - N° DO BIREG. CRM E TRAUMATOLOGIA

34 - N° DO BIREG. CRM E TRAUMATOLOGIA

35 - N° DO BIREG. CRM E TRAUMATOLOGIA

36 - N° DO BIREG. CRM E TRAUMATOLOGIA

37 - N° DO BIREG. CRM E TRAUMATOLOGIA

38 - N° DO BIREG. CRM E TRAUMATOLOGIA

39 - N° DO BIREG. CRM E TRAUMATOLOGIA

40 - N° DO BIREG. CRM E TRAUMATOLOGIA

41 - CNPJ

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

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

47 - NOME DA AUTORIZAÇÃO

48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

54 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

55 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

56 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

57 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

58 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

59 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

60 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

61 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

62 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

63 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

64 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

65 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

66 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

67 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

68 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

69 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

70 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

71 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

72 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

73 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

74 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

75 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

76 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

77 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

78 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

79 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

80 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

81 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

82 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

83 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

84 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

85 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

86 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

87 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

88 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

89 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

90 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

91 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

92 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

93 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

94 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

95 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

96 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

97 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

98 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

99 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

100 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

101 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

102 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

103 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

104 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

105 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

106 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

107 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

108 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

109 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

110 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

111 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

112 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

113 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

114 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

115 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

116 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

117 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

118 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

119 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

120 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

121 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

122 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

123 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

124 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

125 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

126 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

127 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

128 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

129 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

130 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

131 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

132 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

133 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

134 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

135 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

136 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

137 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

138 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

139 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

140 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

141 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

142 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

143 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

144 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

145 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

146 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

147 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

148 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

149 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

150 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

151 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

152 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

153 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

154 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

155 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

156 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

157 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

158 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

159 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

160 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

161 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

162 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

163 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

164 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

165 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

166 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

167 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

168 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

169 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

170 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

171 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

172 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

173 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

174 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

175 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

176 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

177 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

178 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

179 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

180 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

181 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

182 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

183 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

184 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

185 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

186 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

187 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

188 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

189 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

190 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

191 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

192 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

L06

09:10hs CC



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	BIANCA VIEIRA		
DIAGNÓSTICO	FRACTURA DIÁFRAGMATEMPO (2)		
ALERGIAS	BISULFAM	HAS	NEGA
IDADE	19.	LEITO	DATA 05/03/19
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE	APÓS RPA	SN
2	AVP: SF 0,9% 500ml 1X/dia		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		26-06-12-N6
4	TILATIL 20mg 12/12hs		08-18-100ml fracionado
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N		03 SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		SN 0/1
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS		106-14-22
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H		Ritidina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG		SN
14	CURATIVO DIARIO		Ritidina
15	GENTAMICINA 240mg IV 1X/DIA		08
16	METFORMINA 500mg IV 8/8 HS		06-16-22
17	TALC GOTO 6000000		Dr. Elder Soares
18			Médico Residente
19			Ortopedia e Traumatologia
20	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		CRM 1828/RR

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

01 NOV. 2019

SINAIS VITAIS	T	P	PR	RR
6 H	36,9	125	110x60	22ppm
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

## BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 25/03/15

OS:

Bianca Vieira

## DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura aberta fechada (fratura exposta)

## INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

00 1º PDL Fratura do 2º e 3º PDL da mão.

## TIPO DE INTERVENÇÃO:

Quartivo

## INDICAÇÕES E ACIDENTES:

P

## DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

O mesmo

## CIRURGIAO:

1º auxiliar:

## 2º auxiliar:

INSTRUMENTADORA:

## 3º auxiliar:

ANESTESIA:

## ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

## INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① paciente é idoso com lesão avançada  
 ② assépsia, asepsia e colocam na camada cirúrgica  
 ③ LMC expansiva do deslocamento do calcâneo +  
 ④ fixação com 2 + 3º PDL + 1º PDL  
 ⑤ Obs: sem intervenção por imagens no centro cirúrgico.  
 ⑥ fixação da fratura exposta no 1º PDL, fixado  
 na fratura de 2º e 3º PDL.  
 ⑦ sutura da ferida molgas.  
 ⑧ Obs: lesão extensa de pele com necrose  
 com envolvimento de ossos da fratura  
 ⑨ fixação com fixador exposto da fratura da  
 protese da ferida.  
 ⑩ quartivo.

Dr. Elder Soares  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM 1820/RR

01 NOV. 2019



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
Bianca Soárez				05/103/119

CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO		
TIPO		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL

Fixação Externa Frat Fémur (L) + P10		01:20	02:40	
Extracorpórea Frat exposta 1 <sup>a</sup> Redutor, 1 <sup>a</sup> EQUIPE MÉDICA				

CIRURGIÃO	Dr. Helder	ANESTESISTA:	Elyes	
-----------	------------	--------------	-------	--

1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:	P3	Danielle
-------------	--	-----------------	----	----------

2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		
-------------	--	----------------	--	--

DE ANESTESIA:	Roxana Anestesista	01:17	TEMPO DE DURAÇÃO:	
---------------	--------------------	-------	-------------------	--

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
10	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		10	FRASCOS-SORO FISIOLÓGICO	
10	PACOTES GAZE		10	FRASCOS-SORO RINGER LACTADO	
10	LUVA ESTERIL 7.0		10	FRASCOS-SORO GLICOSADO Fisiológico P/1000ml	
10	LUVA ESTERIL 7.5		10	FIO VICRYL N°	
10	LUVA ESTERIL 8.0		10	FIO MONONYLON N° 2.0	
10	LUVA ESTERIL 8.5		10	FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		10	FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
10	LÂMINA BISTURI N° 14		10	FIO CATGUT SIMPLES N°	
10	DRENO DE SUAÇÃO N°		10	FIO CATGUT CROMADO N°	
10	DRENO DE TORAX N°		10	FIO PROLENE N°	
10	DRENO DE PENROSE N°		10	FIO SEDA N°	
10	SERINGA 01ML		10	SURGICEL	
10	SERINGA 03ML		10	OPAFOAM	
10	SERINGA 05 ML		10	KIT CATARATA N°	
10	SERINGA 10ML		10	GEOFOAM	
10	SERINGA 20ML		10	FITA CARDIACA	EQUIPO DE SORO
1	CATETER 02		10	OUTROS:	ELETRODOS

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

01 NOV. 2019

GOVERNO DE RORAIMA  
AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Fimure Exposta 1<sup>o</sup> Poddistico D/P F

Data: 05/03/19

Nº DO PRONTUÁRIO

Paciente: Bianca Sobranto

Idade: 19A

Bloco: Enfermaria Leito: \_\_\_\_\_

Caixa: \_\_\_\_\_

Circulante: Luxman / Samuel Sala: \_\_\_\_\_

Conferência Expurgo CME: \_\_\_\_\_

Material Utilizado:

7 Fios de Kirschner n. 15

Médico Responsável

Dr. Elder Soáres  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1828/RR

1<sup>º</sup> Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2<sup>º</sup> Via - CME

01 NOV. 2019

GOVERNO DE RORAIMA  
AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Fratura: Fímu (E) Fixas Externas

Data: 05/03/19

Nº DO PRONTUÁRIO

Paciente: Bianca - Sobrunho

Idade 19A

Bloco: Enfermaria Leito:

Caixa:  Nº

Circulante: Guilherme Samuel Sala

Conferência Expurgo-CME:

Material Utilizado: I Fixador Fáscias 350mm

Lote: 010428 Código: F08 2 209  
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEIA  
SARTORI - LINEFIX FEMUR T  
350 - ESTERIL  
Fab.: 04/01/2019 Val.: 01/2024  
Registro Anvisa Nº 80083650651  
Material ACO INOX/ALUMÍNIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP  
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartoriind.br

Médico Responsável

Dr. Elder Soares  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1826/RR

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

04 NOV. 2019



Bianca Sábrinha - 101-2

Evolução de Psicologia

DATA/HORA	EVOLUÇÃO
06/03/19	Paciente vítima de acidente com moto. Sofreu quebra no fêmur e pé. Relatou que o ex-namorado não assistiu e saiu a óbito essa noite. Recebeu suporte emocional.
07/03/19	Acolhimento à paciente e acompanhante, respectivamente, por parte paciente se queixa de dores constantes. Hoje Realizada medicinação com equipe de enfermagem.
03/04/19	A paciente apresentava-se lúcida, mentada. Coguarda sobre procedimento cirúrgico que segundo av. mesma, será realizado dia 12/04. Solicitou autorização para receber visita da filha Sofia Beatriz Sábrinha da Silva (03 anos) antes da cirurgia e comemorar o aniversário da filha. A autorização foi concedida e será realizada dia 04/04 às 15h, no jardim da Unidade de "Bloco A" e será acompanhada da psicóloga.
04/04/19	Realizado acompanhamento da visita da filha da paciente. Durante o encontro, a Srª Bianca, se remunera, vai ver a filha, já ia criança apresentou resistência em abraçar a mãe. Devido ao desconforto apresentado pela criança no tempo da visita foi reduzido. A Srª Bianca recebeu suporte emocional.



Larissa Paula Braga de Souza  
Psicóloga  
CRP 20/04119

Quatellotta  
Talla Costa  
Psicóloga  
CRP-20/04764

Quatellotta  
Talla Costa  
Psicóloga  
CRP-20/04764



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	BIANCA SOBRINHO		
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR E		
ALERGIAS		HAS	NEGA
IDADE		LEITO	107-2
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	- Suspens -	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		
5	DÍPIRONA 1G EV 6/6H SN	Homem	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PÁD > 110 MMMHG		
14	CURATIVO DIARIO		
15	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H		
16	GENTAMICINA 240MG EV 1XDIA	- Suspens - NTF	
17	CLEXANE 40MG SC 1XDIA		SUSPENS
18	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		
19			
20			
	<i>Retirar doroth vascular so</i>		
	<i>(07/03) 21 - Amoxicilina 1g + SPO 250ml EV/FX dia -</i>		
	<i>22 - ceftriaxone 1g EV 12/12h.</i>		

# 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: SEM PREVISÃO

01 NOV. 2019

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

SINAIS VITAIS	6 H	100x60	103	36 °C
	12 H	120x76	90	36 E
	18 H	110x70	91	36. i
	24 H	100x70	-	-

As 12:00h Paciente no leito, higiениizada, (Banco no Leito), Aferido 3300, se com SUD, despejando 3000ml de diurese, iniciado o desmanco as 10:00h com cuidados da evolução da enfermagem.  
Rosilene Garcia P. Mendes  
Técnico de Enfermagem  
CORRETAMENTE

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas –

HGR

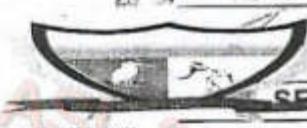
Paciente: Bidonessa Sáduximba  
Leito: 10 4. 2 Data: 09/03/19

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Localização		Região: <u>M T F</u>	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>		Região:	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular			<input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tracção <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros		
Pele Perilesional	<input checked="" 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:		
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		
Quantidade de Exsudato	<input checked="" 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 type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%			<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		
Troca:	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<u>Soltane Lima dos Reis</u> <small>Tec. de Enfermagem</small> <small>CognR 507.829-TE</small>			<u>01 NOV. 2019</u>		
Observações:	<p><i>26/03/2020</i></p>					



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



GOVERNMENT OF BRITISH COLUMBIA

## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	BIANCA SOBRINHO				
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR E				
ALERGIAS		HAS	NEGA		
IDADE		LEITO	107-2		
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE	manten			
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	(58)			
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	SUSPENSO			
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	(58)			
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	S-N			
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	S-N			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	S-N			
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H	(58) 060			
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	(58) 060			
10	SSVV + CCGG 6/6 H	FOT, ma			
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG	Atencón			
14	CURATIVO DIARIO	A9 S-F			
15	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H	(58) 060			
16	GENTAMICINA 240MG EV 1XDIA	(58) 060			
17	CLEXANE 40MG SC 1XDIA	(58) 060			
18	<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).</b>				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	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

01 NOV. 2019

## # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

## # PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	TAX
6 H	110/60	102	36,9
12 H	110x82	110	36,2
18 H	110x74	93	36,1
24 H	110/66	104	36,9%

PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-RJ 2028

EQUIPE DE CURATIVO:	E	CURATIVO
Data:	10/03/19	00:00:00 11/03/19
Local:	m 2 F	El Trauma
Aspecto do leito da:	Serosanguíneo	
Material util:	Gaze	
Observações:	ENFERM - 895.605	
Técnico:	CORRÊA	

GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Troca de fixador externo fêmur Esquerdo

Data: 29/03/19

Nº DO PRONTUÁRIO

Paciente: Bianca Sobrinho

Idade

Bloco: A Enfermagem: 188 Leito: 4

Cama:

Nº

Cirurgante: Valéria

Sala 06

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

Fixador externo nº 300

Lote: 010718 Código: AF35 8 688  
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R  
X C X 4,5 X 200 X T

Fab.: 03/01/2019 Val.: 01/2024  
Registro Anvisa Nº 80083650026  
Material ACO INOX E138

Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP  
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartort.ind.br

Lote: 010455 Código: F08 8 208  
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEIA  
SARTORI - LINEFIX

TIBIA/FEMUR I 300 - ESTERIL  
Fab.: 10/01/2019 Val.: 01/2024  
Registro Anvisa Nº 80083650031  
Material ACO INOX/ALUMÍNIO

Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP  
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartort.ind.br

Dr. Marcelo Marques  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1918/RR.

PRONTUÁRIO DO PACIENTE

19/12/2019 CME

01 NOV. 2019

**ASL-0445880/19** **Bianca Sôbrinko** **ASL-0445880/19**  
11/09/99 **bianca.visitante** **26/03/2020 09:13:46**  
**visto pela Hemovigilância**

TRANSPUSÃO DE HEMOCOMPONENTES					
Nº BOLSA:	FATOR RH:				
BOLSA: ABC	FATOR RH:				
PACIENTE: ABC	FATOR RH:				
SINAIS VITais:					
INÍCIO:	h.T.	PA:	P.	FR:	
MÉDICO QUE:	h.T.	PA:	P.	FR:	
FIM:	h.T.	PA:	P.	FR:	
PROFISS. DE ENFERM. QUE REGISTROU:					COREN:
MÉDICO QUE TRANSPUNDIU:					CRM:
TRANSPUSÃO DE HEMOCOMPONENTES					
DATAS:					
Nº BOLSA:	VOLUME:				
BOLSA: ABC	FATOR RH:				
PACIENTE: ABC	FATOR RH:				
SINAIS VITais					
INÍCIO:	h.T.	PA:	P.	FR:	
MÉDICO QUE:	h.T.	PA:	P.	FR:	
FIM:	h.T.	PA:	P.	FR:	
PROFISS. DE ENFERM. QUE REGISTROU:					COREN:
MÉDICO QUE TRANSPUNDIU:					CRM:

TRASFERIR AL MÉDICO COMO AVENTE :				
DATOS:				
GR. BCS.				
BOLSA:				
PACIENTE AD:	FATUR. RHE:			
SINA-SV-AIS:	FATUR. RH:			
INICIO:	H.T.	FEV.	PR.	PR.
INTERVENCION:	H.T.	FEV.	PR.	PR.
FIN:	H.T.	FEV.	PR.	PR.
CRUZ DE ENFERM. QUIR. & HOSP.		CORCH		
MEDICINA & TRANSFUSIONES		CRM		

OBS: ESTA FIGURA DEVE FICAR ANEXADA COM A PITCHA ANTES DE SER USADA.

01 NOV. 2019



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



118-4

## PREScriÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	04/03/2019	DN	11/09/1999
PACIENTE	BIANCA SOBRINHO				
AGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR E, METATAROS PE E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	19	LEITO	118-4	DATA	12/04/2019
ITEM	PREScriÇÃO				
1	DIETA ORAL ZERO CIRURGIA HJ				5ND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				manten
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SQL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1X /DIA				06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				08 16/24
15	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				SUSPENSO
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5J
17	SSVV + CCGG 6/6 H				Retina
18	CURATIVO DIÁRIO				In
19	CIPROFLOXACINA 400MG EV DE 12/12H D1 4/4				1x 24
20	CLINDAMICINA 600MG EV ou 2cp vo de 300mg DE 8/8H D1 4/4				14 22 06
21					TF

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, COM QUEIXAS ALGICAS EM COXA ESQUERDA E PÉ ESQUERDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS.

# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FERIMENTO COM SINAIS DE FLOGOSE, PULSOS PERIFERICOS PALPÁVEIS, COM BOA EVOLUÇÃO CLÍNICA

## # SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROC: RAMAÇÃO DE CIRURGIA: HOJE

SINAIS VITAIS				Dr. AUGUSTO CAVALCANTE
6 H	PA	FC	FR	CRM-RR 1964
12 H	90/70	82	21	Residente de Ortopedia e Traumatologia
18 H				
24 H				

12h paciente no seu  
leito medicação oral  
1750 cc água salin  
endocôder 0

01 NOV. 2019

- ion de tipo presunç - Mys

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

H.G.R

7 - CNES

7 - NOME DA UNIDADE DE ATENDIMENTO

8 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Bianca Sabinha

5 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (PRF, N. BARRA)

13 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO - 15 - UF

16 - CEP

6 - DATA DE NASCIMENTO

11 - TELEFONE DE CONTATO

IP/DS/TELEFONE

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E GROSSEIRAS CLÍNICAS

Paciente ♀ de 16 anos de idade com fratura no chifre do fermo esquerdo + lesão neurológica no e cálculos (e).

01 NOV. 2019

18 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRIMAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Hematoma + Ecografia fêmur + Radiografia

21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID II SECUNDÁRIO, 23 - CID III OUTRAS ASSOCIAÇÕES

Paciente chifre do ferro (e) + lesão neurológica (e)

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

29 - DOCUMENTO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Anderson

31 - DOCUMENTO (CRNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

1. CRNS

1. CPF

33 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

112/10/19

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

34 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREDEDOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) INPOSENDO ( ) NÃO SEGURADO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO

36 - ACIDENTE DE TRABALHO VARIADO

37 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

38 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

39 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

53 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

54 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

55 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

56 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

57 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

58 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

59 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

60 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

61 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

62 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

63 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

64 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

65 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

66 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

67 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

68 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

69 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

70 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

71 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

72 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

73 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

74 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

75 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

76 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

77 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

78 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

79 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

80 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

81 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

82 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

83 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

84 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

85 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

86 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

87 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

88 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

89 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

90 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

91 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

92 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

93 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

94 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

95 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

96 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

97 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

98 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

99 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

100 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

101 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

102 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

103 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

104 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

105 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

106 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

107 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

108 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

109 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

110 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

111 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

112 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

113 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

114 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

115 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

116 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

117 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

118 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

119 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

120 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

121 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

122 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

123 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

124 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

125 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

126 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

127 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

128 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

129 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

130 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

131 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

132 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

133 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

134 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

135 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

136 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

137 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

138 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

139 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

140 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

141 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

142 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

143 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

144 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

145 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

146 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

147 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

148 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

149 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

150 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

151 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

152 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

153 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

154 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

155 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

156 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

157 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

158 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

159 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

160 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

161 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

162 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

163 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

164 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

165 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

166 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

167 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

168 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

169 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

170 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

171 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

172 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

173 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

174 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

175 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

176 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

177 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

178 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

179 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

180 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

181 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

182 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

183 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

184 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

185 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

186 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

187 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

188 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

189 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

190 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

191 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

192 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

193 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

194 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

195 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

196 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

197 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

198 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

199 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

200 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

201 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

202 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

203 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

204 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

205 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

206 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

207 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

208 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

209 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

210 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

211 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

212 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

213 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

214 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

215 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

216 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

217 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

218 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

219 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

220 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

221 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

222 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

223 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

224 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

225 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

226 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

227 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

228 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

229 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

230 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

231 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

232 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

233 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

234 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

235 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

236 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

237 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

238 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

239 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

240 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

241 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

242 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

243 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

244 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

245 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

246 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

247 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

248 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

249 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

250 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 12/04/19

OS:

Bianca Schunck

ASL-0445880/19

## DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPEUTICA

TIPO DE INTERVENÇÃO

M. DICAÇÕES E ACIDENTES

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

CIRURGIÃO: Dr. Odilon

2º AUXILIAR: Dr. Mancel - II R<sub>3</sub>

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º auxiliar: Dr. Mancel +

INSTRUMENTADORA: Dr. Pablo R<sub>3</sub>

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Preencheu em D.D.H. sob anestesia
  - ② Aspirou e Antibiótico
  - ③ Colocados de Compressas esterilizadas + RMS fratura extensa
  - ④ Muros higiênico artro-lateral + envoltos por plásticos
  - ⑤ Visuização das peças da fratura
  - ⑥ Colocações de placa ICP 10.0mm com parafusos.
  - ⑦ Muros higiênico artro-lateral + envoltos por plásticos + fixação do enxerto ósseo
  - ⑧ L.M.C
  - ⑨ Sutura por pontos + curativos
  - ⑩ Destruimento de lesões necessárias e descolamento de colágeno no tecido
  - ⑪ L.M.C
  - ⑫ Curativos
  - ⑬ APP
- Dr. Odilon Chi Okemoto  
Médico Especialista  
Ortopedista
- 01 NOV. 2019



Bianca sohnle

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO								
	12:00	13:00	14:00					
	15 30 45	15 30 45	15 30 45					
AGENTES	N 20 02							
LÍQUIDOS VENOSOS	A M V S P G SIB	SP SP SP SP	SP SP SP SP	SP SP SP SP	SP SP SP SP	SP SP SP SP	SP SP SP SP	
DA X	248	100% + 50% O <sub>2</sub>	100% + 50% O <sub>2</sub>	100% + 50% O <sub>2</sub>	100% + 50% O <sub>2</sub>	100% + 50% O <sub>2</sub>	100% + 50% O <sub>2</sub>	
ULSO *	38 220	100% + 50% O <sub>2</sub>	100% + 50% O <sub>2</sub>	100% + 50% O <sub>2</sub>	100% + 50% O <sub>2</sub>	100% + 50% O <sub>2</sub>	100% + 50% O <sub>2</sub>	
ANES X	36 200							
OP O	34 180							
TEMP	32 160							
ASPIR A	30 140							
RESP O	28 120							
	26 100							
	24 80							
	22 60							
	20 40							
	18 20							
Expir								
Assist								
Centro								
SÍMBOLOS	*	o						
AGENTES	DOSES		TÉCNICA		ANOTAÇÕES			
a. Bupivacaína ⑦ 18 mg SA			Raquitometala locubal		* Check 1.14 + Monitorização (FC + ECG + PAPE + SpO <sub>2</sub> )			
b. Diazepam 10 mg G/			hipertônica simples		+ Aspira da região locubal com alcet à 70% colocada de campo estéril.			
c. Fentanil 0,00 mcg EV			via endovenosa. Injetada		Puncão sonora sobre hérnias com aquela 26G (Quink) que sai de líquido claro, nem teci e se infecção constante no espaço subcutâneo de Bupivacaína 48 mg + Diazepam 80 mcg			
d.			espontânea					
E								
F								
G								
GLUCOSE	LÍQUIDOS							
NOCO								
SANGUE 1 CH								
SF 0,9% 2000 ml								
SRU 1000 ml								
TOTAL			TEMPO DE ANESTESIA					
OPERAÇÃO			2 horas e 30 min.					
Osteotomia de Fêmur E Tornozelo				Laringo - Espasmo - Cistos Sacri		Hemorragia - Arritmia		
ANESTESIA	Dr. nichel	CÓDIGO	CIRURGIÃO	Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito		Bradí Taquicardia - Choque		
			Dr. Marcus Araújo	PERDA SANGUÍNEA				

Dra. Danielle R3

Dr. Peterson

6. Anestesia

Dra. Andressa R3

Dr. Marcus R3

10 mg G/

nichele R. Moura

Dr. Pálio R3

2. Diazepam 10 mg G/

Anest. locubal

3. Propofol 50 mg EV

Chloral 1500

4. Fentanil 100 mcg EV

SEPA

5. Dexametasona 10 mg G/

01 NOV. 2019

6. Encaminho a paciente que

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

195.

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Bianca Schinhe		118-04		12/09/19
		CIRURGIA		
TIPO				TEMPO DE DURAÇÃO
Desmontante de Fratura de Femur (E)		INÍCIO	FM	TEMPO TOTAL
		12:45	15:05	00:13:46
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA		
Dr. Marcelo Amorim		ANESTESISTA:	Dr. Michel	
1º AUXILIAR	Dr. Elderson	RES. ANESTESIA:	Dr. (es) Danielle e 2. anest.	
2º AUXILIAR	Dr. marcelo R3 + Dr. Pablo R3	INSTRUMENTADOR		
TI. DE ANESTESIA:	Regia	CIRULANTE	Manuela e Oriane / Robson # Luiz	
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	TEMPO DE DURAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> 100	POTS COMPRESSAS C/ 00 UNID			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	PAQUETES GAZE			
<input checked="" type="checkbox"/> 6,8	LUVA ESTERIL 7,5			
<input checked="" type="checkbox"/> 7,5	LUVA ESTERIL 7,0			
<input checked="" type="checkbox"/> 3,0	LUVA ESTERIL 3,0			
<input checked="" type="checkbox"/> 8,5	LUVA ESTERIL 8,5			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	LÂMINA BISTURI N° 24/11			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	DRENO DE SUCÇÃO N°			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	DRENO DE TORAX N°			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	DRENO DE PENROSE N°			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	STRINGA 01ML			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	SERINGA 03ML			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	SERINGA 05ML			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	SERINGA 10ML			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	SERINGA 20ML			
<input checked="" type="checkbox"/> 1	Aguilha 27/ aguia			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS				
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	DEBITAR NA CC DO PACIENTE		
		VAL		
FUNCTIONÁRIO/CALCULOS	CIRURGIA	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		SUB- TOTAL		
		TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
		ENVIE ESTE FORMULARIO A CONTABILIDADE		

ASL-0445880/19  
Bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:46

FUNCTIONÁRIO/CALCULOS

3 Bruno - Enfermeira  
CIRURGIA 109 SALA  
Robson Souza De Paula  
Téc. de Enfermagem  
COREN/RR 961995-TE  
Médico: 0000000000000000  
Auxiliar de Enfermagem  
SOMA: 0000000000000000  
COREN/RR 0014991

01 NOV. 2019

GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

ASL-0445880/19  
CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Osteosintese fract. de fêmur Exg.

Data: 12 / 04 / 19

Nº DO PRONTUÁRIO

Paciente: Bianca

Sobrenome:

idade: 19

Bloco: A

Enfermista: 118

Lito: 04

Caixa:

Circulante: Robson & Lourdes

Sala: III

Conferência Expurgo: CME:

Material Utilizado:

Fio de Kirschner 2.0

1

Placa Larga 12 Furos 1

Parafuso cortical nº 40 □ 1

nº 42 □

nº 46 □

1ª via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª via - CME

Dr. Anderson P. Silveira  
Médico  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1733 RQE 676

01 NOV. 2019

8/3/2019 11:15:03

40.8 %  
BLOC. A 107-02

8/3/2019 11:15:03

6

E

ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19

bianca.vieira

26/08/2020 09:13:46

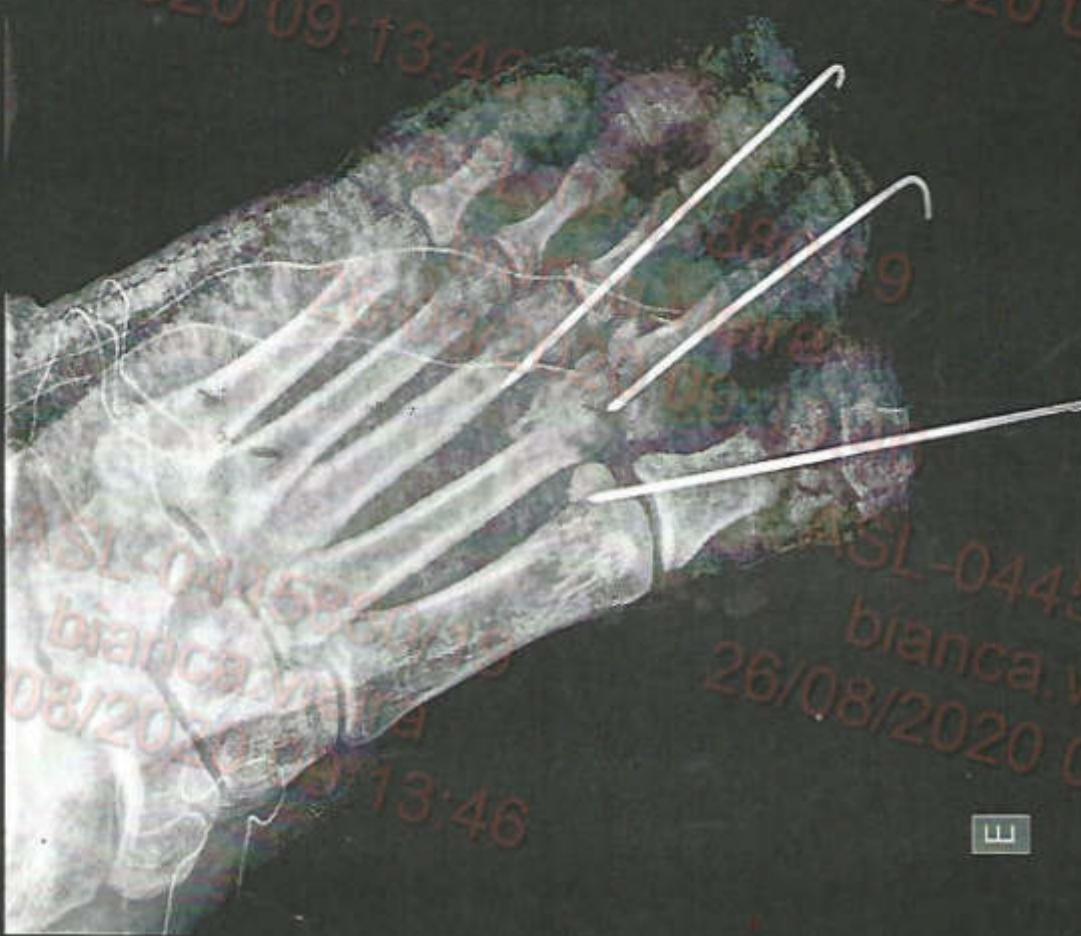
E

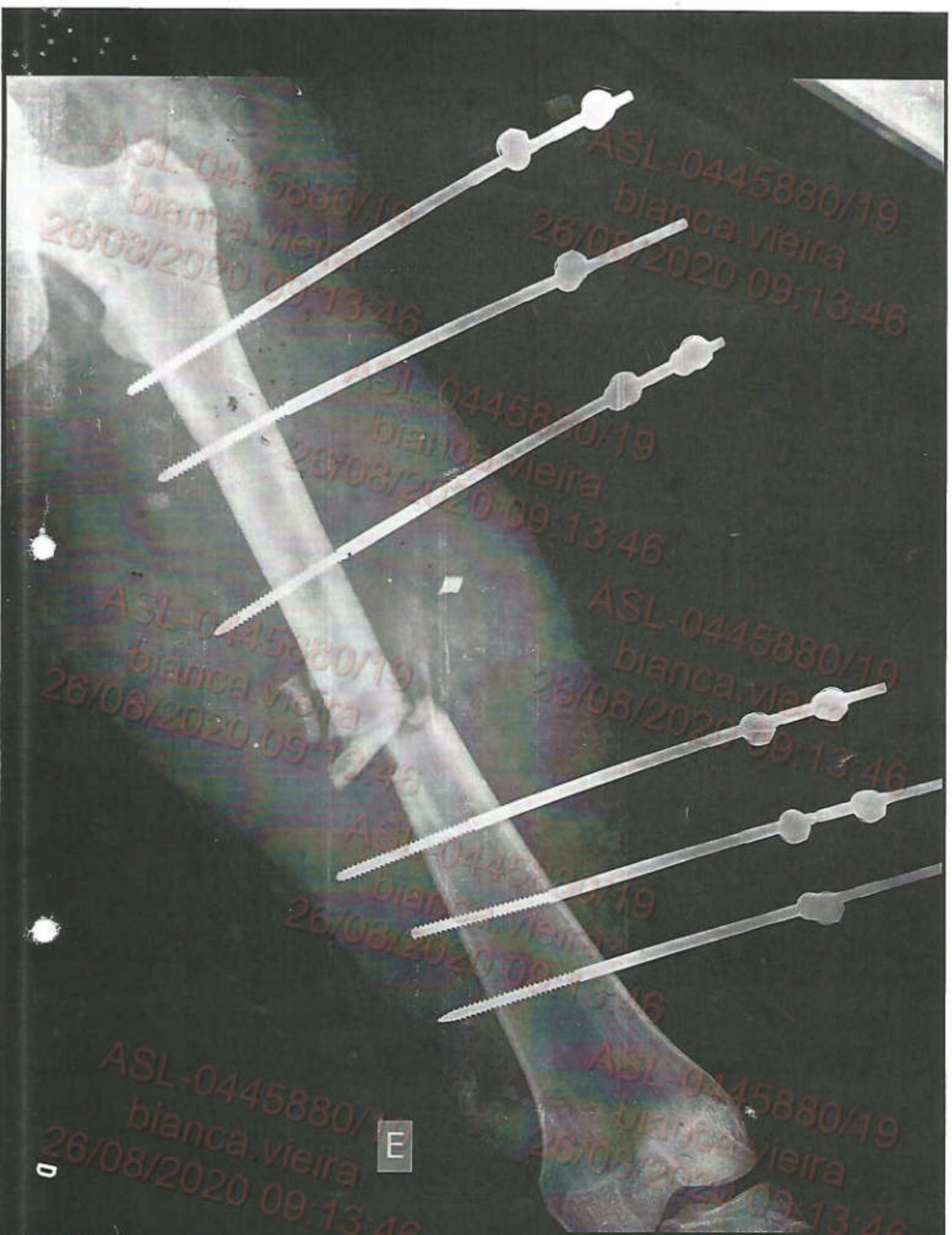
ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:46

E

ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:46





BIANCA SOBRINHO , 107-2

7/3/2019 13:45:49

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ADRIANO LIMA

53.7 %



53.9%

5/3/2016 03:45:35

三

5/3/2019 03:45:35

BIANCA SOBRINHO,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

59,4 %  
ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:46

5/3/2019 03:45:35

5/3/2019 03:45:35

ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:46

5/3/2019 04:02:21

71,3 %

5/3/2019 04:02:21

71,3 %

BIANCA SOBRINHO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:45

ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:45

ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:46

W



ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:46

ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:46

D



ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:46

4/3/2019 23:51:26

58.0 %

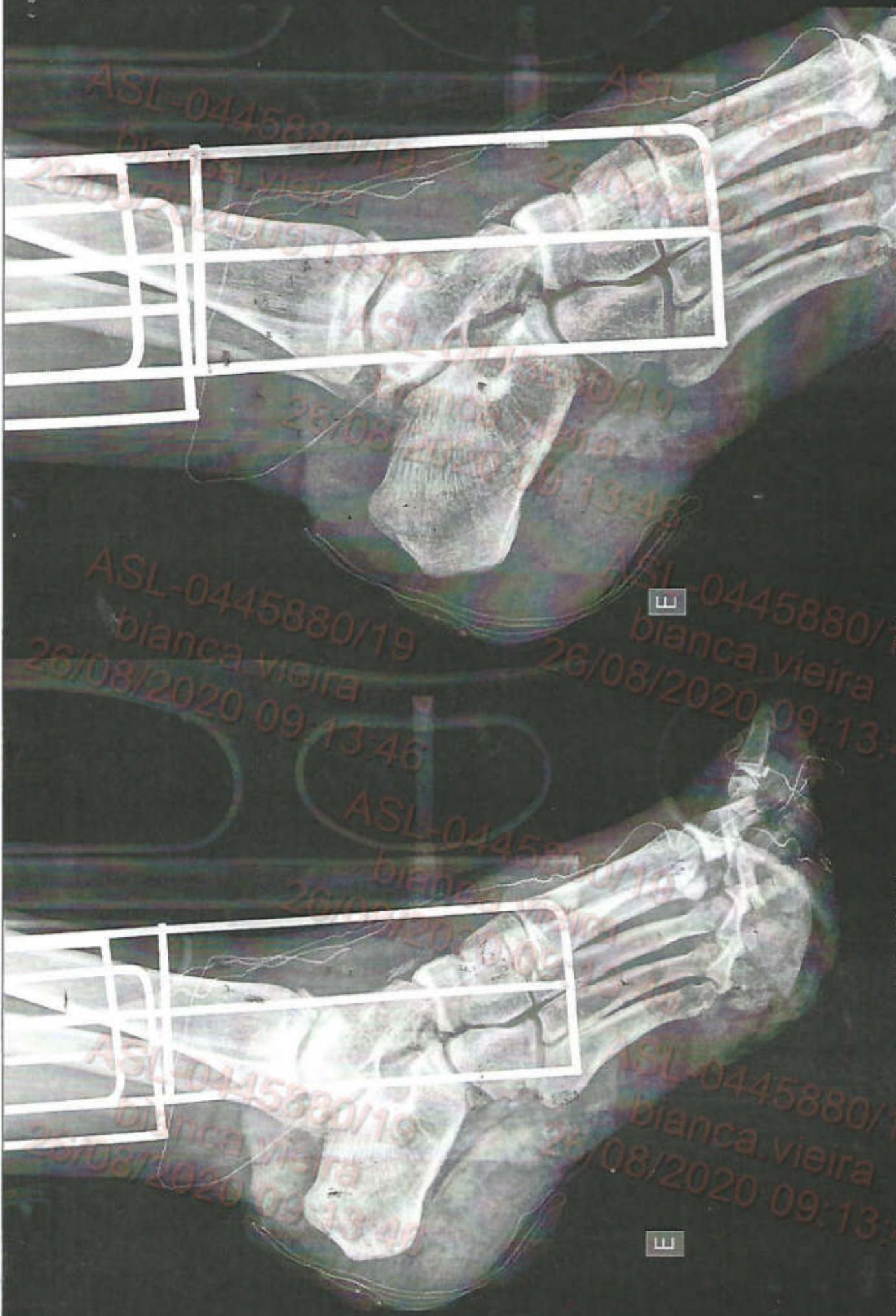
47.5 %

4/3/2019 23:51:26

6

E

E



4/3/2019 23:51:26

ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:46





BIANCA SOBRINHO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

4/3/2019 23:51:26

53.7 %