

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)

Realces

Realçar  
Movimentos de:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro  
MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

Ocultar  
Movimentos:

☐ Inválidos

☐ Sem  
Arquivo

☐ Hab.  
Provisória

Filtros

Movimentado Por:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

Sequencial(Intervalo):

ao

Data do Movimento(Período):

à

Descrição:

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

**JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE**  
Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE  
LAUDO (10/06/2021)

JOÃO ALVES BARBOSA  
FILHO  
**Procurador**

59.1 Arquivo: Petição

Ass.: JOAO

ALVES BARBOSA  
FILHO



2746498IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIAL03.pdf

Público

59.2 Arquivo: GUIA DE  
DEPOSITO

Ass.: JOAO

ALVES BARBOSA  
FILHO



2746498IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALAnexo02.pdf

Público

**LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA**

(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.

58

21/06/2021 00:03:19

SISTEMA CNJ

**LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA**

(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.

57

18/06/2021 10:42:32

JOÃO ALVES BARBOSA  
FILHO  
**Procurador**

**EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO**

Para advogados/curador/defensor de BIANCA SOBRINHO com  
prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 54)  
JUNTADA DE LAUDO (10/06/2021)

56

10/06/2021 11:37:44

DANYELE BEATRIZ  
CAVALCANTE DE OLIVEIRA  
**Estagiária**

**EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO**

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

55

10/06/2021 11:37:44

DANYELE BEATRIZ  
CAVALCANTE DE OLIVEIRA  
**Estagiária**



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª 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.ª, 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 inexistente 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.**

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

1ª Classificação/Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

1901196806 11/12/2019 01:08:02 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 4

Paciente: **BIANCA SOBRINHO** Data Nascimento: **11/09/1999** Idade: **20 A 3 M 0 D** CNS: **703402678516100** CPF: **03949341218** Prontuário: **09171529**

Orgão Emissor: **RR** Data Emissão: **23/08/2016** Sexo: **F** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Raza/Cor: **BOA VISTA - RR** Nacionalidade: **BRASILEIRA**

Mãe: **EVA SOBRINHO** Pai: **NC** Contato: **(95) 99153-6653** Ocupação: **SOUSA**

Endereço: **RUA - VICENTE TAVARES DE MELO - 315 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR**

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: **URGÊNCIA** Validade: **Temp.** Autorização: **Registro por: SOUSA**

Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional de Atend.: **Procedência** Tempo: **Peso** Pressão: **15**

Sessão: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol.: **Registro por: SOUSA**

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febil ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese do Enfermagem: **GSC** **AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456** **TOTAL** **15**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - **11**h) **VIMUA DE COLISÃO MOTO X MOTO COM TRAUMA**  
**COM CHOCADA ECA. DIGO QUEM DIZEMOS.**

Exame Físico: **TRAUMA RÍVEIA DE UMI II**

Hipótese Diagnóstica: **PONTUADA**

SADT - Exames Complementares: ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECO ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO: **DIPLOMA 2g IV**  
**TIPIRAC 40mg IV**  
**ORFOPAN**  
**Fratura clavícula dir.**  
**Lesão ligamento lateral pedr. el.**

APRAZAMENTO: **pm cur ferida + Tálco**  
**+ Revisão**

OBSERVAÇÃO: **Fratura clavícula dir.**  
**Lesão ligamento lateral pedr. el.**

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Roteiro ☐ Transferência para: **ORTOPEDIA**

**Intervenção (Até 24h)**  
**Intervenção**  
Data e Hora da Saída/Alta: **11/12/2019 01:08:02**

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.

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: 000000025725-7

Autenticação:

5BF096A6DDRAC28617EDAB39A82DA0B0DD865CFF6A23035F0942PC2E220A173B

**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**



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

Nº do sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **039.493.412-18** Nome completo da vítima: **Bianca Sobrinho**

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

Nome completo: **Bianca Sobrinho** CPF: **039.493.412-18**

Profissão: **Estudante** Endereço: **Rua Vicente Tavares de Melo** Número: **335** Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: **Silvô Bete** Cidade: **Boa Vista** Estado: **RR** CEP: **69.314-332**

E-mail: **blouuu@hotmail.com** Tel (DDD): **(95) 99194-4282**

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

**DADOS CADASTRAIS**

RECEITA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ \$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ CIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO 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 do BANCO: **Itaú**

AGÊNCIA:  CONTA:

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **6953** CONTA: **25425** **4**

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização, bem como do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, a quitação 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 a 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 à avaliação médica às custas da Seguradora Líder, 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheira(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixar ou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (val haver)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **Boa Vista - RR, 07/10/2019**

Nome: **Bianca Sobrinho**

CPF: **039.493.412-18**

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Bianca Sobrinho**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) 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 conteúdo teórico e prático do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BOLETIM Nº 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, Sílvia Leite  
DATA: 08/02/2019  
HORA: 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: XXXXXXXXXXXX MÃE: XXXXXXXXXXXX  
ESCOLARIDADE: XXXXXX NATURAL: XXXXXXXXXXXX NACION: XXXXXX  
SEXO: XXXXXXXXXXXX IDADE: XXXXXXXXXXXX RAÇA: XXXXX  
TEL CEL: XXXXXXXX ESTADO CIVIL: XXXX PROFISSÃO: XXXXXXXXXXXX

DADOS DO ENVOLVIDO

NOME: JENUAN ALEXANDRE DA SILVA CNH: RG:  
DATA NASC: XXXX End: TRAVESSA SII V/O LEITE, Nº610 BAIRRO, SÍLVIO LEITE  
PAI: XXXXXXXXXXXX MÃE: XXXXXXXXXXXXXXXXXX  
ESCOLARIDADE: XXXXXXXXXXXX NATURAL: XXXXXXXXXXXX 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: XXXXXXXXXXXX  
ESCOLARIDADE: XXXXXXXXXXXX NATURAL: NACION:  
SEXO: Feminina IDADE: 19 anos RAÇA: XXXX  
TEL CEL: XXXXXXXX ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: TÉCNICA EM ENFERMAGEM

DADOS DO ENVOLVIDO

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

DADOS DA INFRAÇÃO

CÓD. INFRAÇÃO INFRAÇÃO QUALIFICAÇÃO  
XXXXX Danos XXXXX

HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado(a), Fomos acionados, via Ciops para atendimento de 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





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



01 Srº JENUAN conduzia o veículo 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 veículo V1 na parte dianteira do lado esquerdo do veículo 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 há sinalização de regulamentação de trânsito (placa R4a).

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

A Perícia 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 etímetro, sendo solicitado apoio do DETRAN-RR, que foi nos informado que não tinha aparelho disponível para prestar o apoio.

Os veículo 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 PERITO CLEIDSON.

José Benedito Bezerra  
APC

ROP/PM 810343 - SÉRIE - J  
Comunicante

DESPACHO

- ☐ Arquivar (fato atípico)
- ☐ Aguardar novos fatos
- ☐ Intimar o comunicante/vítima
- ☐ Intimar suspeito
- ☐ Intimar as partes para TCO
- ☐ Aguardar representação
- ☐ Ao S. I. para investigação
- ☐ No D. I.
- ☐ Aguardar o comparecimento da vítima
- ☐ Decurso do prazo decadencial - Arquivar
- ☐ Requisitar relatório
- ☐ Requisitar e juntar laudo
- ☐ Intimar

Douglas Gabriel de Cruz  
Delegado de Polícia Civil  
Mat. 042800154

01 NOV. 2019

DESPACHO	
<input type="checkbox"/>	ARQUIVAR (FATO ATÍPICO)
<input type="checkbox"/>	AGUARDAR NOVOS FATOS
<input type="checkbox"/>	AGUARDAR REPRESENTAÇÃO DA VÍTIMA
<input checked="" type="checkbox"/>	INTIMAR AS PARTES P/ OITIVA
<input type="checkbox"/>	INTIMAR P/ TCO ART.
<input type="checkbox"/>	AO S. I. PARA INVESTIGAÇÃO
<input type="checkbox"/>	REQUISITAR E JUNTAR OS LAUDOS
<input type="checkbox"/>	REMETER PARA:
BV. 10.06.19	



Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/Ini	CH/h	H/Fir
CIPTUR02	CIPTUR	04/03/19	OESTE	21:35	21:35	21:40	00:20
Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini.	Km/Fin.			
1001/1003	13006/13010/13999	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	114850	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	PASSEIRA 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 GOUGH	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

HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado (a),

Fomos acionados via Ciops para atendimento de 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 veículo 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 veículo V1 na parte dianteira do lado esquerdo do veículo 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 etilometro, 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

Posto/Graduação

CIPTUR - CPC

SUOp

RELATOR

6102 AON 1 0





# **Eletrobrás** Distribuição Roraima

Para contato com a  
Eletrobrás, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0067523-7

Eletrobrás Distribuição Roraima

Av. Capitão Ene Garcez, 601 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 00.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)  
Nota Fiscal e Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 000935236

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

CONTAS	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	KVAh	DADOS DA LEITURA	
Atual:		923		Atual:	18/06/2018
Anterior:		923		Anterior:	17/05/2018
Constante de Multiplicação:		1,000		Próxima Leitura:	18/07/2018
Consumo Medido:		0		Emissão:	15/06/2018
Consumo Faturado:		50	FCAM	Apresentação:	18/06/2018
MINIMO					32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	B1	2805043	N 1521521	1.1.1.2	1231

HISTÓRICO (KWh)	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 50 A R\$ 0,564414 = 28,22
MAI/18 228	CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00 0,04
ABR/18 1800	MULTA POR ATRASO DE I 05/18-00 0,69
MAR/18 1374	JUROS DE MORA POR ATR 05/18-00 0,01
FEV/18 1417	MULTA POR ATRASO 05/18-00 2,60
JAN/18 1359	JUROS DE MORA DE INPO 05/18-00 0,08
DEZ/17 1620	ILUMINACAO PUBLICA 23,56
NOV/17 1568	
OUT/17 1347	
SET/17 1074	
AGO/17 949	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 50 - 0,452/18	

**MENSAGENS IMPORTANTES REAVIADA VENCIMENTO**  
CASO HAJA CANCELAMENTO DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) P  
ODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.  
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26  
Parabéns! Até o dia 15/06/2018, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 05DA.C7E2.73A1.4EC3.6482.A4C6.5490.E55D

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE

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

01 NOV. 2019





Para contato conosco informe este número

SEU CODIGO

0108915-3

Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 308/13

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

ILOIR INACIO DE SOUZA  
R. ANTONIO P GALVAO 1832 2 BURITIS  
CPF: 00038305151204  
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021718

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	27732	Atual	25/07/2019
Anterior	27536	Anterior	24/06/2019
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	25/08/2019
Consumo Medido	196	Emissão	24/07/2019
Consumo Faturado	196	Apresentação	25/07/2019
NORMAL		31	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Fat
RESIDENCIAL	B1	2206908	N 1519448	1.1.1.2
				Mês 12 meses
				238

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
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	
TAXA DE TRIBUTOS:	
V A 196 - 0,604602	

### MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Año Valor R\$  
06/2019 164,28

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/03/2012, em função das contas reavistadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda a existência de contas vencidas e a reavistadas no valor de R\$ 212,94 (valor histórico). Cada tentativa efetuada o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO B9C4.FD0B.D66A.9F73.38C8.904F.3C4F.C72D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	38,51	Base de Cálculo	149,86
Energia	81,64	Alíquota 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



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

SEU CODIGO

0108915-3

TOTAL A PAGAR - R\$

192,41

MES FATURADO

07/2019

VENCIMENTO

11/08/2019

Nº da Nota Fiscal

003319917 FCAM

836800000017 92410075000 0 000000000108 1 91530719008 1





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

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 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 Ilair Inacio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.091.512-04 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 Incendio

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: Antonio Pinheiro Galvão</u>		Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.309-209</u>
E-mail: <u>ilairvi@hotmail.com</u>		Tel.(DDD): <u>(95) 93194-4282</u>	

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

Assinatura do Declarante



ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:34

ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:34

ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:34

ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:34

ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:34

ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:34

ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:34

ASL-0445880/19  
bianca.vieira  
26/08/2020 09:13:34

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

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

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

14 JAN 2019

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

NOME  
ILDIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORAE  
114807 SSP RR

CPF  
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO  
07/04/1973

PLACAO  
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO  
ACC  
CAT/NAB  
2B

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
980151096

TP REGISTRO  
01101912304

VALIDADE  
28/01/2020

1ª EMISSÃO  
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
BOA VISTA - ROSAINEA

DATA DE EMISSÃO  
30/01/2015

ARCELINO NUNES DE FREITAS  
DIRETOR PRESIDENTE

92495240616  
RR207969620

PROIBIDO PLAS IN/CAR  
980151096

DETRAN - RR - ROSAINEA



# TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo antigo Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.003 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-Lei nº 3.452 de 08.07.1945 que aprova a CLT. É o documento obrigatório para o exercício de qualquer atividade profissional.

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

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

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

CONFECIONADA COM RECURSOS DO  
FAT - FUNDO DE APOIO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE WWW.MTE.GOV.BR

## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

161.42491.32-9

8131735

0040

RR

Bianca Sobrinho



### QUALIFICAÇÃO DO TRABALHADOR



BIANCA SOBRINHO

FILIAÇÃO: EVA SOBRINHO  
NASCIMENTO: 11/09/1999  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: BOA VISTA - RR  
DOCUMENTO: R.G. 4152190 SESP RR 23/03/2010  
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995  
CPF: 039.493.412-18  
TIT. ELEITOR:  
ZONA:  
SEÇÃO:  
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 08/02/2015

### ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO	
DATA DE NASC. DE	PARA
DOCUMENTO	
NOME	
DOCUMENTO	
NOME	
DOCUMENTO	
NOME	
DOCUMENTO	
NOME	
DOCUMENTO	
NOME	
DOCUMENTO	

01 NOV. 2019



# PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	BIANCA Sobrinho
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	ESTUDANTE
IDENTIFICAÇÃO:	4152190 SSP/RR
ENDEREÇO:	RUA VICENTE TAVARES ME WILDO. 315. Sítio Leite

OUTORGADO

NOME:	JOIR INACIO DE SOUSA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIFICAÇÃO:	114.804 SSP/RR
ENDEREÇO:	RUA Antonio pinheiro GALVÃO 1832, BRITIS

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 04/03/2019, cobertura Invalidez, vítima: Bianca Sobrinho

BOA VISTA - 07/05/2019

LOCAL E DATA



Bianca Sobrinho

ASSINATURA DO OUTORGANTE

 <b>DANIEL AQUINO</b> Cartório do 2º Ofício de Boa Vista Daniel Aquino - Tabelião e Registrador Av. Aldeide Teófilo, 415 - Boa Vista - Boa Vista/RR Fone: (93) 3627-4156 daniel.aquino@cartorioaquino.com.br	107.689 Em testemunho da verdade, BPO De que dou fé, Boa Vista/RR, 07 de maio de 2019. Consulte o(s) selo(s) abaixo em: <a href="http://portal.portalcartorio.com.br">portalcartorio.com.br</a> REC/1682964R0P01JAYQSSRV51/
--	---

107.689  
 Escritura Autorizada

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 Total: R\$ 3,00

# 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: 000000025725-7

---

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

**Valoração 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 ANÁLISE 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

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

# 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

**Valoração 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



---

**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

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 LOPES 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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 039.493.412-18 4 - Nome completo da vítima: Bianca Sobrinho

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

5 - Nome completo: Bianca Sobrinho 6 - CPF: 039.493.412-18  
7 - Profissão: estuolante 8 - Endereço: Rua Acunã Tavares de Melo 9 - Número: 315 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Dr. Silveira Leite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-332  
15 - E-mail: ILOIRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (95) 98404-5368

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

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

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 25725 7  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - RR, 27/10/2020

Bianca Sobrinho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**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 POLÍCIA  
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



05/2020



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

IE: 240070223

CNPJ: 02.341.470/0001-44

## VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO

1089170

MÊS

05/2020

PERÍODO DE CONSUMO

25-APR-20 a 25-MAY-20

CONSUMO (kWh)

653

VENCIMENTO

11-JUN-20

TOTAL A PAGAR

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

IE: 240070223

CNPJ: 02.341.470/0001-44

CÓDIGO ÚNICO

1089170

MÊS

05/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 554,71

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

NOME  
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / ORIG. EMISSORAF  
114807 SSP RR

CNP  
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO  
07/04/1978

FILIAÇÃO  
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO  
ACC

CAT. JAB  
AB

VALIDADE  
28/01/2021

Nº REGISTRO  
01101912304

1ª HABILITAÇÃO  
15/12/1999

VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
980151096

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO  
30/01/2015

92485240616

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/BIBLIOTECASWEB/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 RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 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 João Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 14 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 Imobilidade 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:

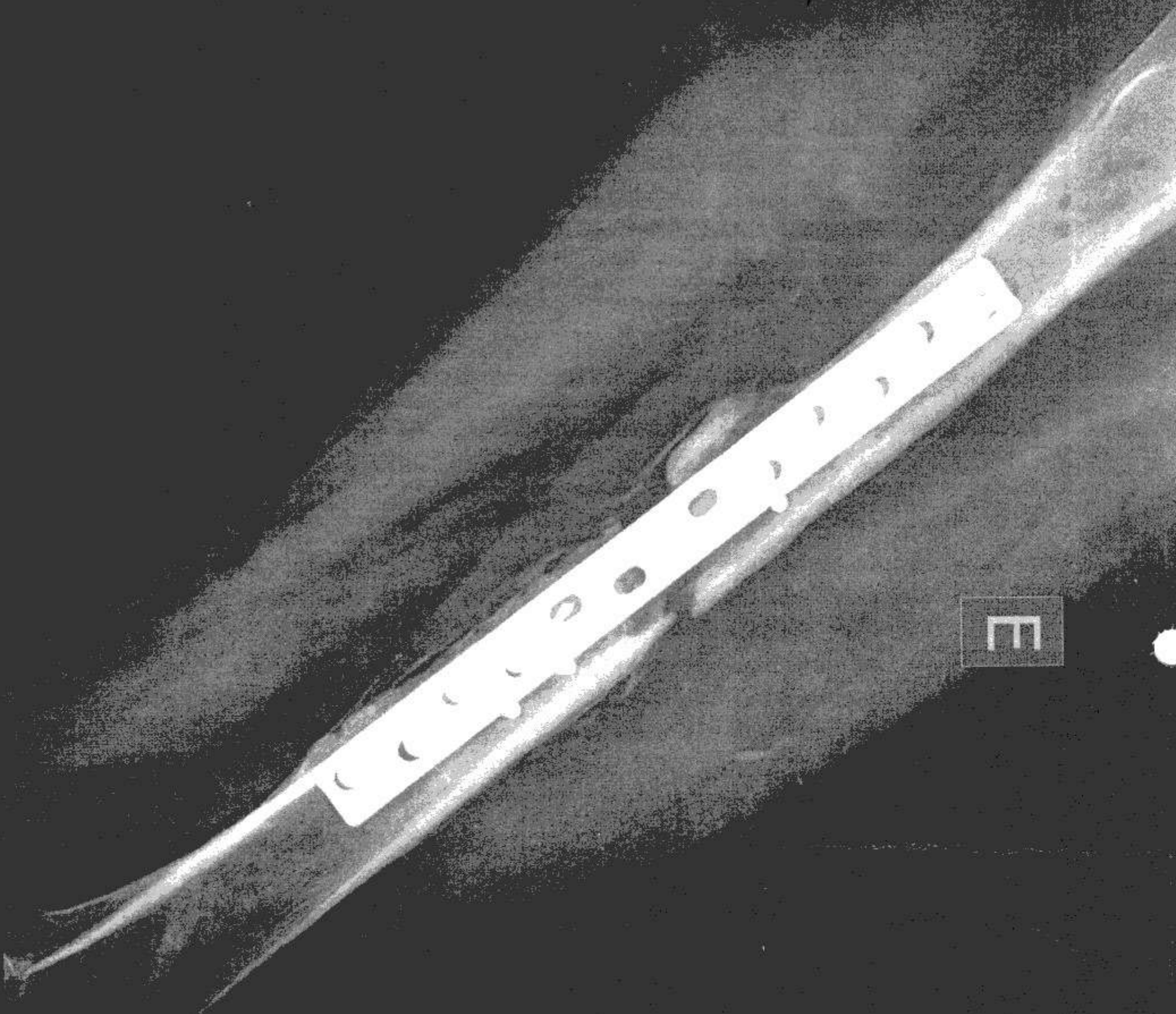
☒ Recuso informar

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>Bumil</u>	Cidade: <u>Bom Jesus</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.309-209</u>
E-mail: <u>ILORRRR@HOTMAIL.COM</u>			Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5368</u>

Local e Data: Bom Jesus - RR, 24/07/2020

Assinatura do Declarante



57,6 %



42,9 %

BIANCA SOBRINHO  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID: LEITO 316  
Data: 03/02/2020

Nr: 335  
Tec: ALLISON





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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Liana S. Brito ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 13/03/20 COM  
DIAGNÓSTICO DE fratura de fêmur esquerda  
NO DIA 16/03/20 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
fratura de fêmur E SENDO  
OPERADO PELO DR. Dehon E DR. Rangel  
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 18/03/20 ÀS 10h00 EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 1/1/1 ÀS em duas semanas COM O  
DR. Dehon

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/R 1964



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

1ª Classificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

Rafael L. Salazar

Enfermagem  
RR 001.058.491-1

1901196806 11/12/2019 01:08:02 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 4

Paciente BIANCA SOBRINHO Data Nascimento 11/09/1999 Idade 20 A 3 M 0 D CNS 703402678516100 CPF 03949341218 Prontuário 00171529  
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade  
IDENTIDADE 4152190 RR 23/08/2010 F SOLTEIRO(A) PARDA BOA VISTA - RR BRASILEIRA  
Mãe EVA SOBRINHO Pai NC Contato (95) 99153-6653 Ocupação  
Endereço RUA - VICENTE TAVARES DE MELO - 315 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR

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

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

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL 15  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)  
Vítima de colisão moto x moto com trauma  
em ~~chacoalhado~~ essa. Digo ~~ambino~~ DIRETO.

Exame Físico  
Trauma Rêvia de MM II

Hipótese Diagnóstica  
Poutrama

SADT - Exames Complementares  
☒ RAIO -X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
DIPLOMA 2g IV		
TILMAN 40mg IV		
OMOPON		
Fratura clavícula dir.		
Lesão ligamento lateral pedr. es.		

Conduta  
☐ Alta por Decisão Médica  
☐ Alta a Pedido  
☐ Alta a Revelia  
☐ Transferência para: ONTOPEdia  
☐ Ambulatório  
☐ Observação (Até 24h)  
☐ Internação  
Data e Hora da Saída/Alta: / / : : : :  
Assinado J. M. Perez  
BOB: 176  
Assinado J. M. Lopez Aguirre  
CRM-RR 566

óbito  
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica / / : : : :  
Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico



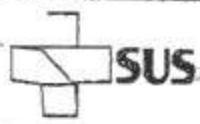


F

data 18.03.2020

Anexo I

BLOCO F



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Masc. ☒Fem. ☐

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050519  
5723





## BOLETIM OPERÁRIO

Data:

16/03/70

O.S.

B. J. J. J.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Cisto de jônio I

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

D. J. J.

1º AUXILIAR:

R. J. J.

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Juncão em DTH sob sedação
- 2) Juncão e DTH
- 3) Colocação de cisto de jônio
- 4) Juncão em região lateral de jônio I
- 5) Juncão de jônio com reação de jônio
- 6) Juncão de jônio com reação de jônio
- 7) Juncão de jônio com reação de jônio
- 8) Juncão de jônio com reação de jônio
- 9) Juncão de jônio com reação de jônio
- 10) Juncão de jônio com reação de jônio

Dr. Dalton Feitosa  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-RS 1172Dr. Dalton Feitosa  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-RS 1172



Valência: Benscayán  
Ocamonb  
Cronotopelio  
eletrica

**Paciente:** Bianco Sobrinho 20 a 0

**PRESCRIÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO:**  
FNT 100mg { 3v  
MDZ 5mg { 8:30 Sed. spotonico.

**Nº:** Boa Visto - 11  
**Data:** 16/03/20

AGENTES	LIQUIDOS VENO	DA	UL	TE	AS	RES	Expon	Assis	Contro	BOLOS
N 20 02 Deixe	M 5 S 18 D 18 3000ml 500ml 292ml	240	300% / 300% / 300%	120	80	60	Expon	Assis	Contro	

AGENTE	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Bupivacaína 4mg 10g	logia anestesia	X monitorização
B		lombos sob ventilação espontânea.	① Checo qm ok
C			② Venoclise MDZ 7 18 OK
D			③ Antissepsia Região lombos com álcool 70% + infiltração de Plomex + Punção lombos n.º 13 19266 de Quinke ligam. choro nanotenso injeção de Sg A. Bloqueio rotapotonico.
E			

SANG	PERDA SANGUINEA

**OPER:** Osteossíntese de Fêmur + enchento

**ANEST:** Dr. Fabian

**CIRURGIÃO:** Dr. Bolson / Dr. Rozenio

**PERDA SANGUINEA:**

Alberto F. M. Herrera  
Médico-Anestesiologista  
CRM 302/RR

- ④ ceftriaxona 2g iv
- ⑤ Ketorolaco 10mg iv
- ⑥ atropina 100mg iv
- ⑧ Pct do pinto out RPA.



05/2020



**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

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO

1089170

MÊS

05/2020

PERÍODO DE CONSUMO

25-APR-20 a 25-MAY-20

CONSUMO (kWh)

653

VENCIMENTO

11-JUN-20

TOTAL A PAGAR

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

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

NOME  
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE / RG EMISSORAF  
114807 SSP RR

CNP  
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO  
07/04/1978

FILIAÇÃO  
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO  
ACC

CAT. JAB  
AB

VALIDADE  
28/01/2021

1ª HABILITAÇÃO  
15/12/1999

VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
980151096

LOCAL  
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO  
30/01/2015

92485240616

750009.000000001081.917005200055







BIANCA SOBRINHO

FILIAÇÃO: EVA SOBRINHO

NASCIMENTO: 11/09/1999

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO: R.G. 4152190 SESP RR 23/06/2010

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 039.493.412-18

TIT. ELEITOR: CNH: SEÇÃO: ZONA: LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 06/02/2015

ASSINATURA DO EMPREGADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

A - CASAMENTO B - SER JUDICIAL C - DIVÓRCIO D - ADOÇÃO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

DOCUMENTO NOME

DOCUMENTO NOME

DOCUMENTO NOME

DOCUMENTO NOME

DATA DE NASC. DE PARA FILIAÇÃO

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR  
O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.  
Pela sua importância, e seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, sendo válida, também, como documento de identificação.  
Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como, para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia no tempo de serviço - FGTS.  
O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.  
Pela sua importância, e seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, sendo válida, também, como documento de identificação.  
Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como, para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia no tempo de serviço - FGTS.  
Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.  
Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT.

TRABALHADOR



Bianca Sobrinho

8131735 0040 RR

161.42491.32-9

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

# 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

**Valoração 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:	Brasileira
PROFISSÃO:	autônoma
IDENTIDADE:	415 219 - 0
ENDEREÇO:	Rua Vicente Taunay de Melo nº 315

## OUTORGADO

NOME:	Iloir Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 55 P - RR
ENDEREÇO:	Rua Antonio P. Osório, 1832, Curitiba

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 Invalidez, vítima: Bianca Sobrinho

Bom Vista - 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

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** BIANCA SOBRINHO

## 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

Reclassificação

<input type="checkbox"/>	Vermelho
<input type="checkbox"/>	Laranja
<input type="checkbox"/>	Amarelo
<input type="checkbox"/>	Verde
<input type="checkbox"/>	Azul Ass.

27

Prontuário	171.529
------------	---------

100

For

### Sis Prenatal

222

Pressão

ALEXSANDRO.PEREIRA

ALEXSANDRO.PEREIR

☐ Síndrome Febril    ☐ Sintomático Respiratório    ☐ Suspeita de Dengue

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Pul vitrea de endite anterolateral.   
 torax pub SAN - munda r-fido, + cores cruvas,   
 e presenab rotacao extra de MIE + edma   
 importante glomerul; Torax: NPN: Abd: MON.

( ☒ ) RAIOT ( ☐ ) ULTRA-SOM ( ☐ ) TC ( ☐ ) SANGUE ( ☐ ) URINA ( ☐ ) ECG ( ☐ ) OUTROS

OBSERVAÇÃO

① marine toy (✓)  
② sfcs, 500 (✓) } 28

$F_x: \text{de } \text{Ammon} + \text{pu}$

Dr. Paulo Viegas  
Georgião Geral  
CRM-RR 1795

( ) F. por Decisão Médica  
( ) A. a. indivíduo  
( ) A. a. a. Revolu  
( ) H. de. a. para

☐ Ambulatório  
☐ Observação (Até 24h)  
☒ Internação

Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não Destino: ( ) Família

( ) IML Anatomia Patologica

Assinatura: \_\_\_\_\_ do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Tela Hora 746 777 12.35

01 NOV. 2019

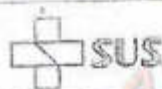


1901080227



# BLOCO A

seta: 18/04/19



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 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de queda de altura com mecanismo de lesão por impacto direto em MIE e tronco lombar no R. Grande lesão de partes moles e lesão traumática com grande risco de necrose do conteúdo e medula.

18 - CONDIÇÕES DE INTERNAÇÃO

Procedimento Cirúrgico.

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

História clínica, exame físico e RX. 01 NOV. 2019

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCIÁRIO 24 - CID 10 QUATRO

Fratura do fêmur direito, fratura exposta do 1º PDD; Fratura do 2º e 3º PDD; Lesão traumática de L4/L5 com lesão da medula e lesão das raízes nervais.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento cirúrgico.

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BIC/20/RR

34 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO

36 - CNPJ EMPRESA

40 - CNES DA EMPRESA

41 - CNOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

0408050519-5723

0408050470-5927

53-793



L06

04:10hs CC



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		BIANCA SOARES			
DIAGNÓSTICO		FRATURA distal do ulna (E)			
ALERGIAS	BUSOPROAM	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	19	LEITO		DATA	05/03/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE APOS RPA				SND
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				24-06-12-18
4	TILATIL 20mg 12/12hs				08-18
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
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				06-14-22
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				Rotina
15	GENTAMICINA 240mg IV 1X/dia				08
16	MIDNORIDOL 500mg IV 8/8 HS				06-14-22
17	Tela gesso ulna radio				Dr. Alder Soares
18					Médico Residente
19					Ortopedia e Traumatologia
20					CRM 1828/RR
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

01 NOV. 2019

SINAIS VITAIS	T	P	PA	R
6 H	36,9°C	125	110X60	22 rpm
12 H				
18 H				
24 h				

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 05, 03, 19 O.S.

Bianca Gossardito

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA BILATERAL FURVA (FURVA) EXTENSIVA EXPOSTA

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: DO 1º POOL, FURVA DO 2º e 3º POOL. A.C.

TIPO DE INTERVENÇÃO: CIRÚRGICA

INDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Elder Soares

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS: Dr. Eudes

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Lavagem e DDM dos locais anestesiado
- 2) Anestesia, posicionamento e colocação de campos cirúrgicos
- 3) LMC extensiva do deslocamento do calcâneo +
- 4) + deslocamento
- 5) Obs: sem intensificação por imagens no centro
- 6) Obs: sem intensificação por imagens no centro
- 7) Fixação da furva exposta no 1º pool, fixação
- 8) da fratura no 2º e 3º pool
- 9) Sutura de partes moles
- 10) Obs: lesão extensa de partes moles + tendões flexores
- 11) com grande risco de necrose
- 12) Fixação com fixação extensa da fratura da
- 13) pelve do furva
- 14) curativo

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 Sodrinho				05/10/2019	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Fixação Externa Frnt. Tórax (E) + PE (E)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
Expositores Frnt. Exposit. de Tórax, 1.º EQUIPE MÉDICA		01:20	02:40		
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		Clydes		
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA: R3		Danielle		
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
		CIRCULANTE	Samuel Lisomar		
DE ANESTESIA: Raqui Anestesia		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
07	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		07	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
07	PACOTES GAZE		07	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
07	LUVA ESTÉRIL 7.0		07	FRASCOS- SORO GLUCOSADO Frascos P/ Anest.	
07	LUVA ESTÉRIL 7.5		07	FIO VICRYL Nº	
07	LUVA ESTÉRIL 8.0		07	FIO MONONYLON Nº 2.0	
07	LUVA ESTÉRIL 8.5		07	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
07	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		07	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
07	LÂMINA BISTURI Nº 11		07	FIO CATGUT SIMPLES Nº	
07	DRENO DE SUÇÃO Nº		07	FIO CATGUT CROMADO Nº	
07	DRENO DE TORAX Nº		07	FIO PROLENE Nº	
07	DRENO DE PENROSE Nº		07	FIO SEDA Nº	
07	SERINGA 01ML		07	SURGICEL	
07	SERINGA 03ML		07	EPICROSSE	
07	SERINGA 05 ML		07	KIT CATARATA Nº	
07	SERINGA 10ML		07	GEOFOAM	
07	SERINGA 20ML		07	FITA CARDIACA Equip. de soro	
07	CATETER 02		07	OUTROS: ELETRODOS	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C.D.O PACIENTE.		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS	
FUNÇÃO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA		SUB-TOTAL	
Ana Rêgo		Samuel Lisomar		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:

Emturo Exposta 1º Pododietico (E) / P (E)  
Fixacao Fio

Data: 05/03/19

Nº DO PRONTUÁRIO

Paciente: Bianca Sobrinho

Idade: 19A

Bloco: Enfermaria Leito:

Caixa:

Nº

Circulante: Luzman / Samuel

Sala

Conferencia Expurgo CME:

Materia! Utilizado:

7 Fio de Kirschner n. 15

Médico Responsável

Dr. Elder Soares  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 18228/RR

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

01 NOV. 2019



GOVERNO DE RORAIMA  
AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Fratura, Fêmur (E) Fixação Externa

Data: 05/03/19

Nº DO PRONTUÁRIO

Paciente: Bianca Sobrinho

Idade 19A

Bloco: Enfermaria

Leito:

Caixa:

Nº

Circulante:

Lizmar

Samuel

Sala

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

I Fixador Externo 350mm

Lote: 010425 Código: F08 2 209  
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA  
SARTORI - LINEFIX FEMUR T  
350 - ESTERIL  
Fab. 04/01/2019 Val. 01/2024  
Registro Anvisa Nº 80083650051  
Material ACO INOX/ALUMÍNIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP  
Tel: +55 19 3536-1910 info@sartori.ind.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





Governo do Estado de Roraima  
"Amazônia: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"



Bianca Sobrinho - 107-2

EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA

DATA/HORA	EVOLUÇÃO
06/03/19	Paciente vítima de acidente com moto. Experiência traumática no trânsito e p.T.E. Relatou que o ex-novo marido não resistiu e foi a óbito essa noite. Recusou suporte emocional.
07/03/19	Acolhimento à paciente e acompanhante, resp. filhos, porém paciente se queixa de dores constantes. Hoje Realizado mediação com equipe de enfermagem.
	Larissa Paula Brito de Souza Psicóloga CRP 20/04119
03/04/19	A paciente apresenta-se lúcida, orientada. Aguarda novo procedimento cirúrgico que segundo os médicos será realizado dia 12/04. Solicitou autorização de viagem para a filha Sofia Brito Sobrinho da Silva (03 anos) antes da cirurgia e comunique as condições da filha. A autorização foi concedida e será realizada dia 04/04 às 15h no jardim da casa de "bloco A" e será acompanhada da psicóloga.
	Quatrelha Talla Costa Psicóloga CRP-20/04764
04/04/19	Realizado acompanhamento de visita da filha à paciente. Durante o encontro (a Srª Bianca se emocionou ao ver a filha, já a criança apresentou resistência em abraçar a mãe. Devido ao desconforto apresentado pela criança o tempo de visita foi reduzido. A Srª Bianca recebeu suporte emocional.
	Quatrelha Talla Costa Psicóloga CRP-20/04764

Assinatura do Responsável

01 NOV. 2019



107-2

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	<b>BIANCA SOBRINHO</b>				
DIAGNÓSTICO	<b>FX FEMUR E</b>				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	107-2	DATA	07/03/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				212
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				13:00
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H - <i>suspensão</i>				18:00
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18:00
5	DÍPIRONA 1G EV 6/6H SN <i>HONAN</i>				18:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				17:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				17:00
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H				17:00
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				17:00
10	SSV + CCGG 6/6 H				17:00
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				17:00
14	CURATIVO DIARIO				17:00
15	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H				17:00
16	GENTAMICINA 240MG EV 1XDIA - <i>suspensão - pta</i>				17:00
17	CLEXANE 40MG SC 1XDIA				SUSPENSO
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
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				
	<i>Retirar sonda vesical</i>				

**EVOLUÇÃO MÉDICA:** 01/11/2019 - Amicacina 1g + SF 0.9% 200ml EV 1x/dia - 16  
 22 - ceftriaxona 1g EV 12/12h - 20-100

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
*monidina 107 + 9m AD.*  
 # EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
*29 set 8/8h se não*  
*fontes - SN*  
 # SOLICITADO :  
 # CONDUTA : MANTIDA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :  
 # PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO  
**01 NOV. 2019**

SINAIS VITAIS			
6 H	100x60	103	36°C
12 H	120x76	90	36°C
18 H	110x70	94	36°C
24 H	100x70	-	-

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

As 12:00h Paciente no leito, higienizada, (Banco de Leite), Aférrida 550ml, se com SVD, desprezado 3000ml de diurese, iniciado o desmame As 10 segue nos cuidados da Equipe de enfermagem.

Residente *Garcia P. Mend*  
 Técnico de Enfermagem  
 CRP-RR 21197-1

03/19  
04:30  
28



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas –  
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

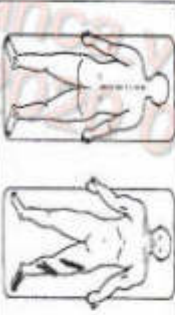
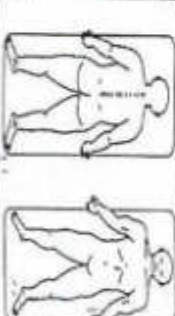

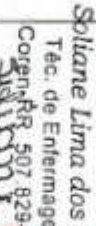


Paciente:

Bianca Sabumta

Leito:

104.2

Data: 09/03/19

Localização		Região: <u>M<sup>1</sup>E</u>		Região: _____
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma: <u>2</u> Tração <u>_____</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____	Grau: I ( ) II (X)	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <u>2</u> Tração <u>_____</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____	Grau: I ( ) II ( )
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (X) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____
Pele Perilesional	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serosanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Quantidade de Exsudato	(X) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colágeno/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____
Troca:	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	 Soliane Lima dos Reis Téc. de Enfermagem Corgem/R 507.829-TE	 Soliane Lima dos Reis Téc. de Enfermagem Corgem/R 507.829-TE	 Soliane Lima dos Reis Téc. de Enfermagem Corgem/R 507.829-TE	 Soliane Lima dos Reis Téc. de Enfermagem Corgem/R 507.829-TE
Observações:	01 NOV. 2019			



GOVERNO DE RORAIMA  
Município de RoraimaSECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		BIANCA SOBRINHO			
DIAGNÓSTICO		FX FEMUR E			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	107-2	DATA	10/03/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				(38) 06:00
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SND
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SND
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SND
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H				14 20 06:00
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				(14) 06:00
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Forma
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				Manter
14	CURATIVO DIARIO				AS 5:30
15	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H				(14) 06:00
16	GENTAMICINA 240MG EV 1XDIA				(14) 06:00
17	CLEXANE 40MG SC 1XDIA				SUSPENSO
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
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

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

01 NOV. 2019

SINAIS VITAIS	PA	FC	TAX
6 H	110/60	102	36,9
12 H	110/82	110	36,2
18 H	110/79	93	36,1
24 H	110/66	107	36,9°C

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

EQUIPE DE CURATIVO	
Data: 10/03/19	Local: m.e
Aspecto do leito de	Material utilizado
Observações	Técnicos

→ Placenta normal, ataca a 17:00. As gestantes já em 4.º e 16.º mês foi realizado teste para HIV, Hepatite B, e HIV e resultados CPM.



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

Blanco: A Entregando 138 Leito: 4

Carra:

Nº

Cirulante: Valéria

Sala 06

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

Fixador externo nº 300

Lote: 010715 Código: AF35 8 680  
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 316L

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP  
Tel: +55 19 3558-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 010455 Código: F08 8 208  
SISTEMA DE FIXACAO OSSEA  
SARTORI - LINEFIX  
TIBIA/FEMUR T 300 - ESTERIL  
Feb: 10/01/2019 Val: 01/2024  
Registro Anvisa Nº 80083650031  
Material ACO INOX ALUMINIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP  
Tel: +55 19 3558-1910 info@sartori.ind.br

Assinatura Responsável

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

PRONTUÁRIO DO PACIENTE

CME

01 NOV. 2019

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

Bianca Sobrinho  
 11/09/99  
 00114190312038  
 313 ml

Viso pela  
 Hemovigilância

INICIO: 13:46 F. 116X59 128 PR 20 SP 100%  
 MEIO (5 min): 14:00 F. 100X80 137 PR 20 SP 100%  
 FIM: 14:35 F. 99X86 142 PR 20 SP 100%  
 PROPS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: Robson  
 MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: Dr. Andreza

Robson Souza De Paula  
 Téc. de Enfermagem  
 COREN/RR 561996-TE

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: / /  
 Nº BOLSA: /  
 BOLSA: ABO: FATOR RH:  
 PACIENTE: ABO: FATOR RH:  
 SINAIS VITAIS:  
 INICIO: h T: PA: P: FR  
 MEIO (5 min): h T: PA: P: FR  
 FIM: h T: PA: P: FR  
 PROPS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: COREN  
 MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: CRM:

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: / /  
 Nº BOLSA: /  
 BOLSA: ABO: FATOR RH:  
 PACIENTE: ABO: FATOR RH:  
 SINAIS VITAIS:  
 INICIO: h T: PA: P: FR  
 MEIO (5 min): h T: PA: P: FR  
 FIM: h T: PA: P: FR  
 PROPS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: COREN  
 MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: CRM:

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: / /  
 Nº BOLSA: /  
 BOLSA: ABO: FATOR RH:  
 PACIENTE: ABO: FATOR RH:  
 SINAIS VITAIS:  
 INICIO: h T: PA: P: FR  
 MEIO (5 min): h T: PA: P: FR  
 FIM: h T: PA: P: FR  
 PROPS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: COREN  
 MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: CRM:

OBS: ESTA FICHA DEVE FICAR ANEXADA COM A FICHA ANESTÉSICA.

01 NOV. 2019



118-4

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO	DIH	04/03/2019	DN	11/09/1999
------------------	-----	------------	----	------------

PACIENTE **BIANCA SOBRINHO**

AGNÓSTICO **FX DIAFISE FEMUR E, METATARSOS PE E**

ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	19	LEITO	118-4	DATA
				12/04/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL ZERO CIRURGIA HJ	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manter
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SN
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	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	Rotina
18	CURATIVO DIÁRIO	m
19	CIPROFLOXACINA 400MG EV DE 12/12H D1 4/4	12 24
20	CLINDAMICINA 600MG EV ou 2cp vo de 300mg DE 8/8H D1 4/4	04 22 06
21		MT F

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**  
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS EM COXA ESQUERDA E PE ESQUERDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.  
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FERIMENTO COM SINAIS DE FLOGOSE, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, COM BOA EVOLUÇÃO CLÍNICA  
 # SOLICITADO:  
 # CONDUTA: MANTIDA  
 # PROCRAMACÃO DE CIRURGIA: HOJE

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	90/70	82	21
18 H			
24 H			

Dr. AUGUSTO CAVALCANTE  
 CRM-RR 1964  
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

*12/11/19 paciente no novo  
 fôto med com opm  
 e 5500 gpa  
 ardo*

01 NOV. 2019

*- tem outros presunhos - M us*





Ministério da Saúde  
União de Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

3 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

6 - SEXO

7 - DATA DE NASCIMENTO

11 - TELEFONE DE CONTATO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - APROFUNDAMENTO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD, ISCE MUNICIPAL

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente ♀ de 45 anos de idade com história de câncer de fígado e lesões metastáticas + lesões metastáticas de osso e pulmão (E).

18 - HISTÓRICO DE DOENÇAS PREVIAS

Tratamento longo

01 NOV. 2019

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

História + Exame físico + Radiografia

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

Patologia diagnóstica fígado (E) + lesões metastáticas (E)

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intensificação de tratamento de fígado (E) + Restrição de tratamento (E)

26 - CLÍNICA

27 - CATEGORIA DE INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO SINISTRO

38 - SÉRIE

39 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBO

45 - CBO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

50 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050519 → 5723  
0415040035 → R02

0408060360 → T84  
483



Bianca Shunho

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 12/04/19

O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPEUTICA

TIPO DE INTERVENÇÃO

M. JICAÇÕES E ACIDENTES

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

CIRURGIÃO

2º AUXILIAR

3º AUXILIAR

ANESTESISTAS

INÍCIO

1º aUXILIAR

INSTRUMENTADORA

ANESTESIA

ANESTÉSICO

DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Puente em D.D.H. sob anestesia
- 2) Asepsia e Antiseptização
- 3) Colocação de campos estéril + RMS fraco e extenso
- 4) Incisão horizontal antero-lateral + divisões por planos
- 5) e visualização do foc. da fratura
- 6) Redução fratura + fixação de placa MCP 10. Oufreia com parafusos
- 7) Incisão horizontal + divisões por planos + sutura do músculo
- 8) Colocação de encaixe Osseos
- 9) L.M.C
- 10) Sutura por planos + laceturas
- 11) Desbridamento de lesão necrosada e desbridada ao redor - e Pe (E)
- 12) L.M.C
- 13) Laceturas
- 14) RPA

01 NOV. 2019

Dr. Odinechi Okemini  
Médico Responsável  
CRM 144.114-1





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amor e Paz no Trabalho"

# FICHA DE ANESTESIA

Pré-medicação - Droga - Dose - Hora - Efeito

Nº 300/19 12.04.2019 16:00

12:00 13:00 14:00 15:00

AGENTES

QUÍMICOS VENOSOS

DA X

USO

ANES

OP

TEMP

ASPIR

RESP

Expon

Profil

Contro

SÍMBOLOS

AGENTES

DOSES

TÉCNICA

ANOTAÇÕES

GLUCOSE

LIQUIDOS

NOCD

SANGUE

CH

TEMP. DE ANESTESIA

OPERAÇÃO

ANESTESIA

CHIRURGIA

PERDA SANGUÍNEA

Dr. Michel

Dr. Daniel R3

Dr. Alexandre R1

Dr. Fátima

Dr. Marcelo R3

Dr. Fábio R3

01 NOV. 2019

Dr. Michel

Dr. Daniel R3

Dr. Alexandre R1

Dr. Fátima

Dr. Marcelo R3

Dr. Fábio R3

01 NOV. 2019

Dr. Michel

Dr. Daniel R3

Dr. Alexandre R1

Dr. Fátima

Dr. Marcelo R3

Dr. Fábio R3

01 NOV. 2019





FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

199

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Joaquim Sobrinho		118-04		12/04/19
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO		
Ombrotomia de Faturação de Tímpano (E)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		12:45	15:05	2:20
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		
Dr. Marcela Amorim		Dr. Michel		
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		
Dr. Elderson		Dr. (R) Janete R.2		
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		
Dr. Marcelo e Dr. Pablo R.3		CIRCULANTE		
TI. DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO		
2º		Marcelo e Pablo / Robson e Luanda		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS
1	PCFS COMPRESSAS C. 00		1	FRASCOS SORO FISIOLÓGICO 250ml
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS SORO RINGER LACTADO 500ml
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FRASCOS SORO GLICOSADO
1	LUVA ESTERIL 8.5		1	FIO VICRYL N° 2-0 / 1
1	LUVA ESTERIL 9.5		1	FIO MONONYLON N° 2-0
1	LUVAS E. PROCEDIMENTO		1	FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°
1	LÂMINA BISTURI N° 24/1L		1	FIO ALGODÃO COM AGULHA N°
1	DRENO DE SUÇÃO N°		1	FIO CATGUT JAPLES N°
1	DRENO DE TORAX N°		1	FIO CATGUT CROMADO N°
1	DRENO DE PENROSE N°		1	FIO PROTHENE N° 24/1L com
1	SERINGA 01ML		1	FIO SEDA N°
1	SERINGA 03ML		1	SURGICAL Vicryl 1.0
1	SERINGA 05 ML		1	CERA P/ OSSO
1	SERINGA 10ML		1	KIT CATARAL
1	SERINGA 20ML		1	GLOFOAM
1	Agulha 27 requin		1	FITA CARDIAL
			1	OUTROS: cateter O2

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

01 NOV. 2019



CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Osteosintese fém. de fêmur Esq.

Data: 12 / 04 / 19

Nº DO PRONTUÁRIO

Paciente: Bianca Sobrinho

idade 19

Bloco: A Enfermaria 118 Leito: 04

Caixa:

Nº

Circulante: Robson + Lourdes

Sala

IV

Conferência Expurgo CME:

Materia! Utilizado:

Fio de Kirsch 2.0

Placa Longa 12 Furos

Parafuso cortical Nº 40 ☒

Parafuso cortical Nº 42 ☐

Parafuso cortical Nº 46 ☐

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

Dr. Anderson P. Silva

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

01 NOV 2019





8/3/2019 11:15:03



8/3/2019 11:15:03

E

40,8 %

BLOC: A 107-02

E

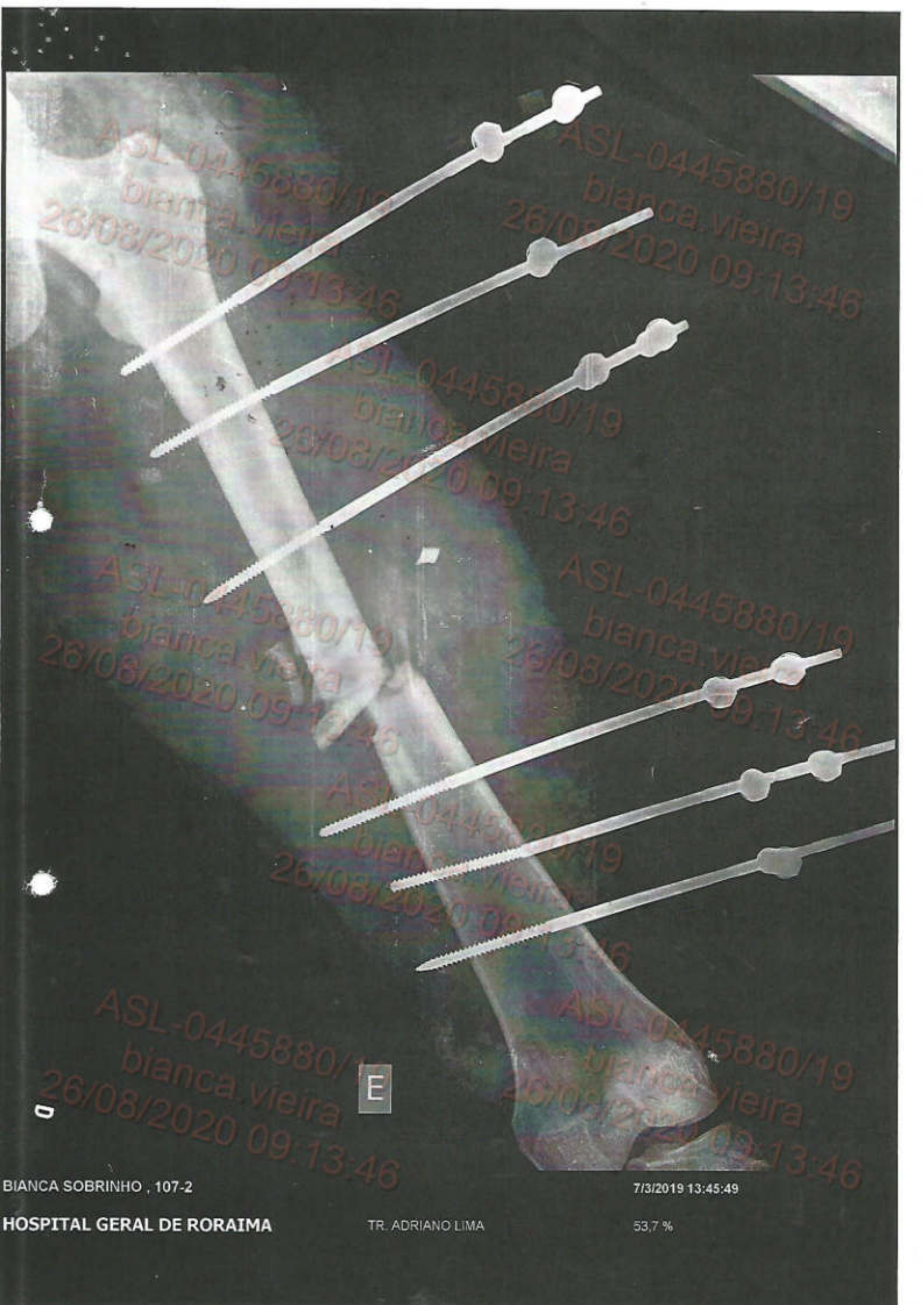
61,9 %

BIANCA SOBRINHO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR





E



E

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

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

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

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

53,9 %

5/3/2019 03:45:35

53,9 %

5/3/2019 03:45:35

BIANCA SOBRINHO,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

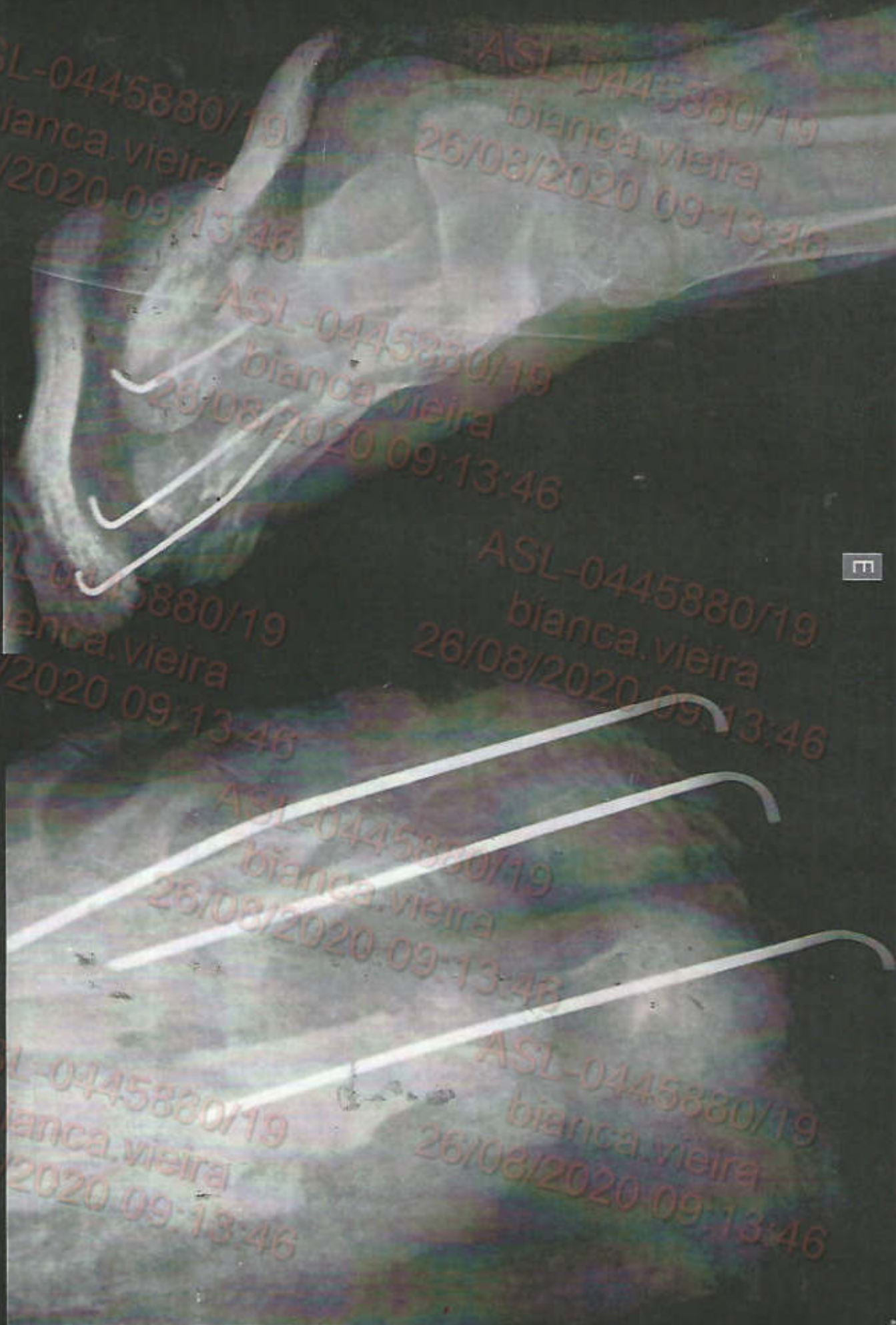
BIANCA SOBRINHO

58.4 %

5/3/2019 03:45:35

113.4 %

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

5/3/2019 04:02:21

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

71.3 %

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

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

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

71.3 %

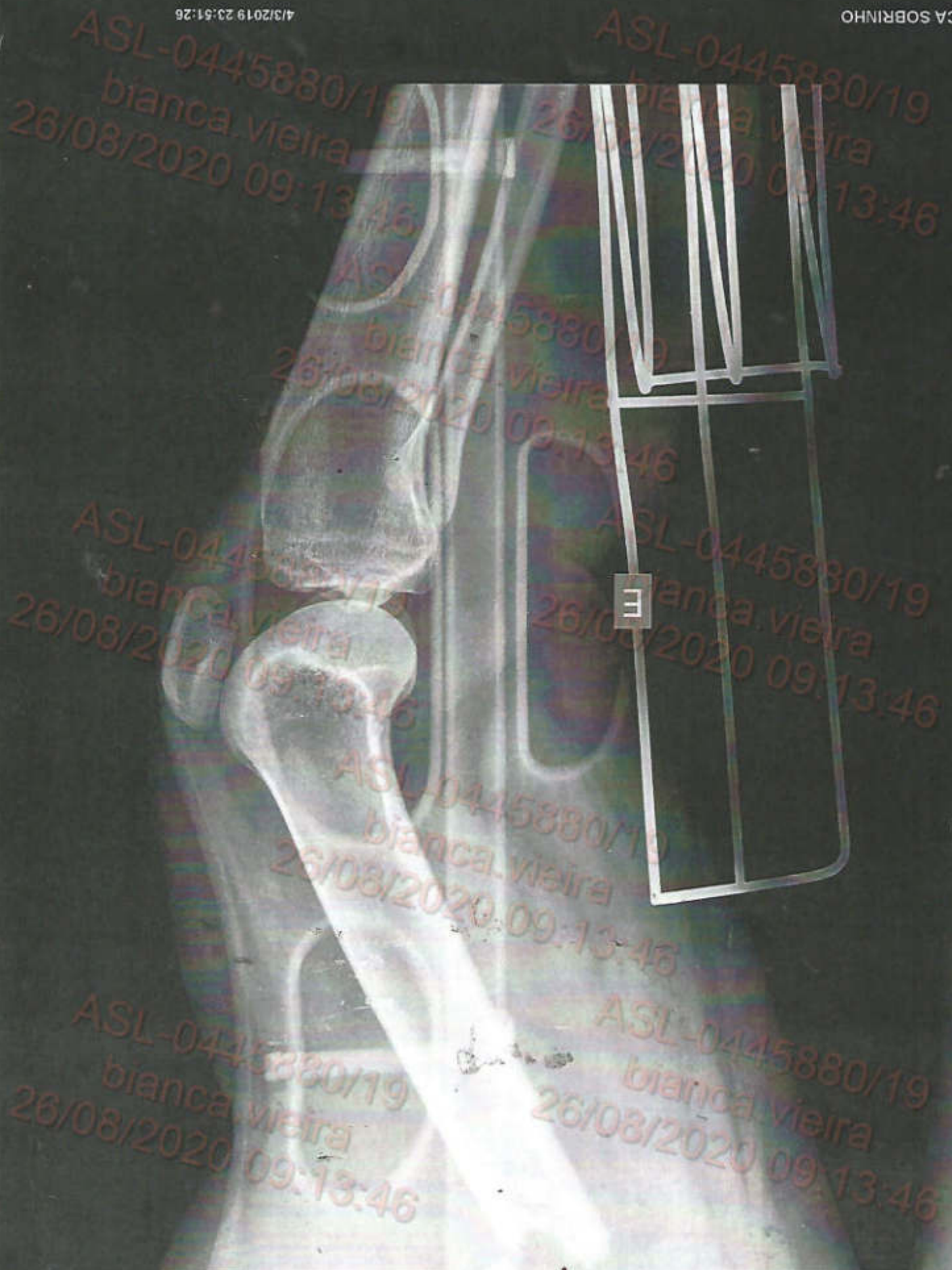
BIANCA SOBRINHO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

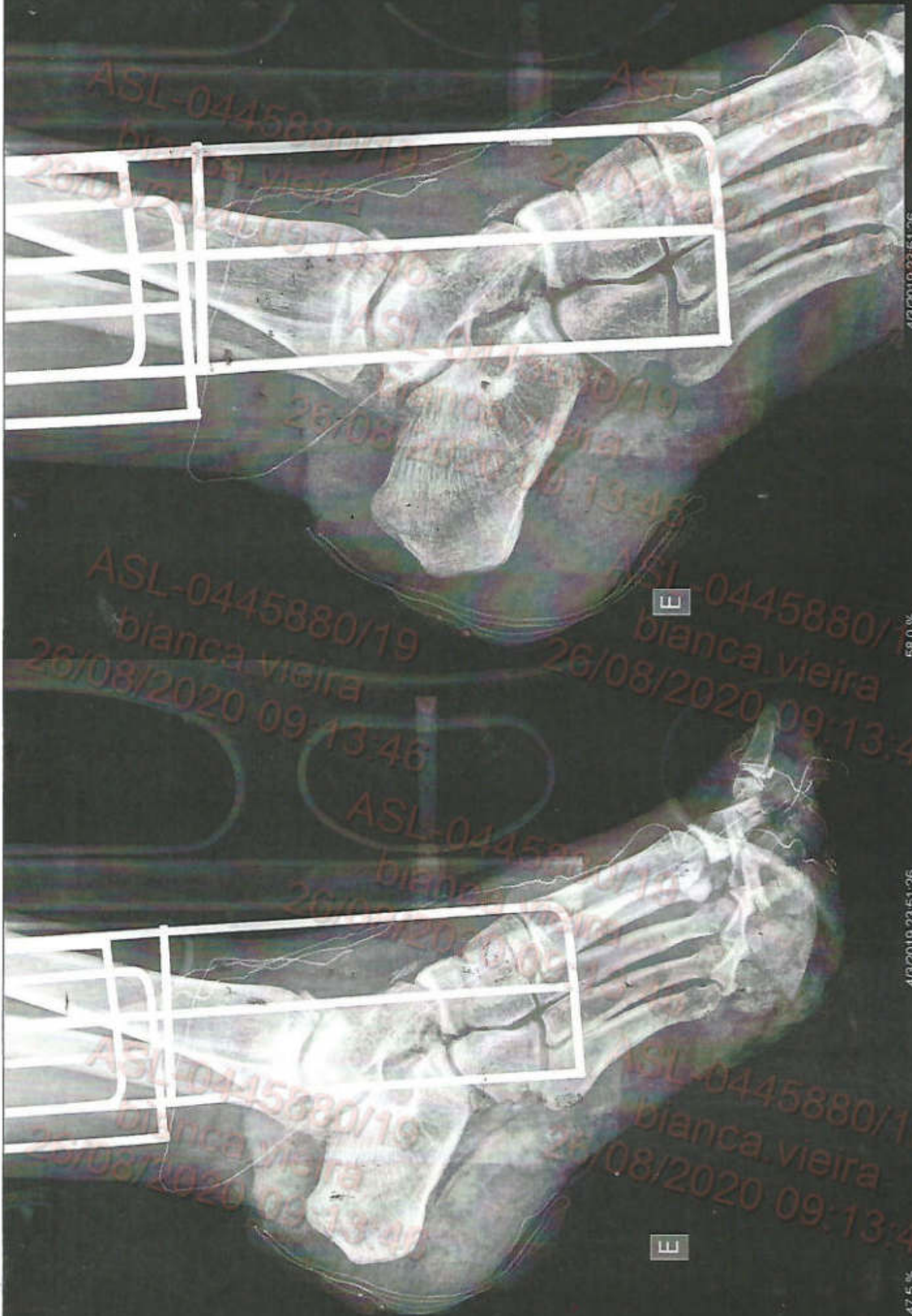












4/3/2019 23:51:26

58.0 %

4/3/2019 23:51:26

47.5 %

BIANCA SOBRINHO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

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

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









BIANCA SOBRINHO

4/3/2019 23:51:26

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

53,7 %