

**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: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

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**

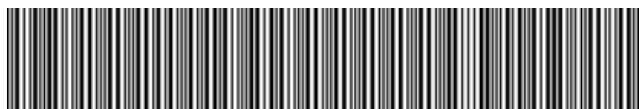
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação do 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCÍTAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 805.396.343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Elento Dias Araujo inscrito (a) no CPF sob o nº 447.321.202 / 53

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Elento Dias Araujo

inscrito (a) no CPF sob o nº 447.321.202 / 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso Informar

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

Endereço: <u>Rua CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Moreira Baalusto</u>	Cidade: <u>RR</u>	CEP: <u>69.318-030</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>	Tel. (DDD): <u>99113-3855</u>	

Local e Data: Baalusto RR 12 de julho de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante



CNPJ: 08.339.403/0001-43
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 24022408-3
RUA SÉRGIO JONES, 216 - SÃO PEDRO - CEP. 66.329-440

Medição:

293784

Jan/2020

RENDIMENTO
CAERR
0800 283 9520

Dados do Cliente:

MARIA EDITE DIAS

Endereço para entrega:

RUA ITAIPAVA, N.º. 00468 - JOQUEI CLUB 3
C.A. VISTA 66.660-222

Inscrição

Rota

Seq.Rota

Quantidade de Economias

Hidrometro

Data de instalação

Situação Água

Situação Esgoto

Nº469570

12/11/2003

LIGADO

LIGADO

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO (m³)

NÚM DE DIAS

LEITURA FAT. 2229

2242

13

36

LEITURA INF.

DT. LEITURA 17/12/2019 22/01/2020

ULTIMOS CONSUMOS

201912 11-0
201911 11-0
201910 12-0
201909 15-0
201908 12-0
201907 12-0

MEDIA

12

CONSUMO TOTAL (m³)

DESCRIÇÃO

ÁGUA

COMERCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

80,0 % DO VALOR DE ÁGUA

ESGOTO

MULTA P/IMPONTUALIDADE
JUROS DE MORA 10/2019

11/2019 12/2019



YATR/CADA

REFERENCIA

VEN/VENTO

TOTAL A PAGAR

293784

01/2020

14/02/2020

102,97

82680000001- 8 32870004001- 2 00029378401- 3 01202040003- 7



Via do Cliente

Via do CAER



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00020726/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/07/2020 15:54:28 Data/Hora Fim: 21/07/2020 15:54:28
Delegado de Polícia: Simone Antuda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 19/01/2020 16:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Jardim Primavera
Logradouro: rua antares
Tipo do Local: Via Pública

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 21 de julho de 2020
[Assinatura]
Assinatura

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CLEUTO DIAS ARAUJO (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 19/09/1977 Idade: 42

Profissão: Autônomo

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: MARIA EDITH DIAS

Nome do Pai: MARTINHO ARAUJO NASCIMENTO

Documento(s)

RG: 136222

CPF: 447.321.202-53

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ITAJARA

Nº: 460

Complemento: CASA

Bairro: JOQUEI CLUBE

CEP: 69.313-022

Telefone: (95) 99153-0961 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 447.321.202-53	Placa NAR0557
Renavam 00888783450	Número do Motor KC08E26840220
Número do Chassi 9C2KC08208R840220	Ano/Modelo Fabricação 2006/2006
Cor PRATA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD
Veículo Adulterado? Não	Situação Meio Empregado, Envolvido
Última Atualização Denatran 26/09/2019	Situação do Veículo RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC ULOS
Nome Envolvido	Envolvidos



Impresso por: Melre Moura da Silva

Data de Impressão: 21/07/2020 16:21:54

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 00020726/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
CLEUTO DIAS ARAUJO	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE o comunicante através do número telefônico 95-99153-0961, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: Que no dia 19/01/2020, por volta das 16h:50min da tarde, o comunicante trafegava em sua motocicleta particular, de marca HONDA, modelo Titan, 150, Placa NAR-0557; QUE neste momento trafegava na rua antares, no bairro: Jardim Primavera/RR/BV; QUE nesse dia estava chovendo, e não prestou atenção que havia um buraco na rua, que ao passar por este buraco, parte da roda da motocicleta ficou engatada jogado o comunicante para frente, atingindo bruscamente o asfalto; QUE após o acidente o comunicando observou que não conseguia movimentar seu braço corretamente, e que não conseguia realizar o movimento de extensão do braço e dirigiu-se até o Hospital Geral de Roraima L HGR, onde foi constatado que parte de seu cotovelo havia sido quebrado, como consta em laudo médico em anexo a este B.O.

QUE o comunicante externa que apenas foi possível realizar o registro deste boletim de ocorrência na data de hoje (13/07/2020), que somente registrou o fato para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

~~~~~

QUE para os devidos fins de direito, Eu Hualacy Seelig, S. de Souza, escrivão de polícia "ad-hoc", chefe da seção da polícia civil, matrícula nº 020115684, responsável por este B.O. orientei ao comunicante que ele poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

## ASSINATURAS

Meire Moura da Silva  
Escrivão de Polícia  
Matrícula 42000511  
Responsável pelo Atendimento

*(Assinatura)*

CLEUTO DIAS ARAUJO  
Comunicante, vítima

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

## AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia  
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 21 de julho de 2020

*Hualacy Seelig S. de Souza*

# 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: 447.321.202-53 3 - CPF da vítima: 447.321.202-53 4 - Nome completo da vítima: Elvito Dias Araújo

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

5 - Nome completo: Elvito Dias Araújo 6 - CPF: 447.321.202-53  
7 - Profissão: Gerente Geral 8 - Endereço: R. Háfara 9 - Número: 460 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Joazeiro Clube 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-022  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 99113-3855

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 4263 3 CONTA: 10.017.355 1  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER 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 LIDER 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascer(a) filho(s)? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao 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 12 de julho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Elvito Dias Araújo

43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

---

**Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200271862**

**Vítima: CLEUTO DIAS ARAUJO**

**Data do Acidente: 19/01/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

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

**Senhor(a), CLEUTO DIAS ARAUJO**

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, 14 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200271862

Vítima: CLEUTO DIAS ARAUJO

Data do Acidente: 19/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEUTO DIAS ARAUJO

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: CLEUTO DIAS ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000004263-3

Conta: 000010017355-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 447.321.202-53 3 - CPF da vítima: 447.321.202-53 4 - Nome completo da vítima: Elvito Dias Araújo

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

5 - Nome completo: Elvito Dias Araújo 6 - CPF: 447.321.202-53  
7 - Profissão: Gerente Geral 8 - Endereço: R. Háfara 9 - Número: 460 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Joazeiro Clube 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-022  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 99113-3855

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 4263 3 CONTA: 10.017.355 1  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER 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 LIDER 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascer(a) filho(s)? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: CLEUTO DIAS ARAUJO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000010017355-1

---

Nr. da Autenticação 97BEF3793F0A8689

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0213507/20

**Vítima:** CLEUTO DIAS ARAUJO

**CPF:** 447.321.202-53

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 19/01/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CLEUTO DIAS ARAUJO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### **WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20**

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

### **CLEUTO DIAS ARAUJO : 447.321.202-53**

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: 30/07/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/07/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200271862 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLEUTO DIAS ARAUJO **Data do acidente:** 19/01/2020 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 05/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CABEÇA DO RADIO ESQUERDO. P 1

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA). P 9  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO  
ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                      | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                            |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200271862 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLEUTO DIAS ARAUJO **Data do acidente:** 19/01/2020 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 05/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CABEÇA DO RADIO ESQUERDO. P 1

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA). P 9  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO  
ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                      | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                            |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: Alento Dias Araujo  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: Eletricista RG: 136222  
CPF: 947.321.202-53 ENDEREÇO: R. Helena, nº 60  
BAIRRO: Jaquei Clube CIDADE: Boa Vista  
CEP: 69313-022

VÍTIMA: Alento Dias Araujo  
CPF: 947.321.202-53 DATA DO SINISTRO: \_\_\_\_\_  
NATUREZA: Invalidez

### OUTORGADA:

NOME: William Goncalves Francisco  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: Donato  
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SEPIR  
DATA DE EMISSÃO: 13/10/2016  
Nº CPF: 825.396.303-20  
ENDEREÇO: Rua CC-18, 295 - Laura Moreira

### PODERES:

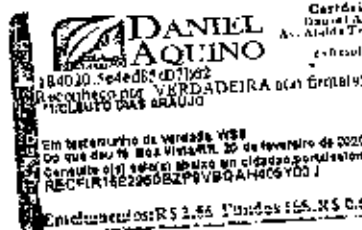
Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar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

Boa Vista RR, 20 de Fevereiro de 2020



Alento Dias Araujo  
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabelião e Secretário  
Av. Aldeia, nº 100 - Alto da Boa Vista  
Fone: (68) 3337-1111  
e-mail: daniel.aquino@cartorio2ooficio.com.br

1ª Assinatura Assinatura  
Escritório Autenticado

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0213507/20

**Vítima:** CLEUTO DIAS ARAUJO

**CPF:** 447.321.202-53

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 19/01/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CLEUTO DIAS ARAUJO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### **WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20**

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

### **CLEUTO DIAS ARAUJO : 447.321.202-53**

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: 30/07/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora


Data do cadastramento: 30/07/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITADO**  
**CARTÃO NACIONAL DE HABITADO**

**CLETO DIAS ARAÚJO**



END. COM. E ENDOS. EMBOSQUE  
13622-655 RR

RG: 447.321/202-53 DATA NASCIMENTO: 19/09/1977

NILUSO  
MARZINHO ARAUJO  
NASCIMENTO:  
MORIA EDITE DIAS

PENSOAL  
ACD  
ESTADUAL

A. REGISTRO: 02266761563 VALIDADE: 25/05/2020 P. HABILITADO: 12/03/2002

Inscrições

*Cleto Dias Araújo*

ASS. NATURA DO ACRTAÇÃO

LOCAL: BOX 1558A, RR.

DATA DE CESSÃO: 26/05/2017

VALOR CONTRATO: 5260049810 DÍGITO AUTENTADOR: RR209257610

SSB 02514 DO EMBOSQUE

**RORAIMA**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



*William Gonçalves Franco*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

239717

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

**WILLIAM GONÇALVES FRANCO**

FILIAÇÃO

**GERALDO ROCHA FRANCO**

**MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO**

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

**SANTA INÊS - MA**

**09/12/1978**

DOC. ORDEM

**CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35**

**2 OF BOA VISTA - RR**

**825.396.343-20**

**AMADEU ROCHA TRIANI**

**2 VIA**

Perito Papiloscópico do Polícia Civil  
Estado de RR

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83



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.

2001211124 19/01/2020 17:50:25 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 25

Paciente: CLEUTO DIAS ARAUJO Data Nascimento: 19/09/1977 Idade: 42 A 4 M 0 D CNS: CPF: 4473212053 Prontuário

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SSP/RR Data Emissão: 22/01/1993 Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO(A) Parda Raça/Cor: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA

IDENTIDADE: 136222 SSP/RR 22/01/1993 M SOLTEIRO(A) Parda BOA VISTA - RR BRASILEIRA

Mãe: MARIA EDITH DIAS Pai: MARTINHO A. NASCIMENTO Contato: (95) 99153-0961

Endereço: RUA - ITAJARA - 460 - JOQUEI CLUB - BOA VISTA - RR Ocupação:

Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis. Prontuário:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caracter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:

Sector: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: TRANSPORTADO POR TER Procedimento Sol.: Registrado por: ADAO

Queixa Principal: ( ) Síndrome Febril ( ) Sintomático Respiratório ( ) Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: GSC TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 NR: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - )

1 lesão a contusão em cotovelo (E)

Exame Físico

Dor a + ADM. RL: Fl. Cauda de Rodo

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

( ) RAO-X ( ) ULTRA-SOM (X) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG ( ) OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N

Novo Planalto, 69121-000

ALFENIO N. M. S.

2 - ARR 7/10/19

Cópia e original do relatório

Cópia e original do relatório

que foi apresentado neste hospital

Conduta:

( ) Alta por Decisão Médica ( ) Ambulatório

( ) Alta a Pedido ( ) Observação (Até 24h)

( ) Alta a Revelia ( ) Internação

( ) Transferência para: Data de alta: 19/01/2020

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: adao

Data Hora: 19/01/2020 17:52:30

2001211124

20160324



CLEUTO DIAS ARAUJO  
RAS 42A  
PARA SALA DE COLETA  
03/02/2020 07:59:00

*Brisvaldo Gomes de Sousa*  
Téc. de Enfermagem  
COREN-RR 533.056

*8.08*

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto - 69067-000-0620

AUTENTICAÇÃO

9 - ARR 2020

Certifico e dou fé para presente  
cópia é fiel de documento original  
que foi apresentado neste Hospital

1162 ✓

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

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ DIH: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_

PACIENTE: **CLEUTO DIAS ARAUJO**

AGNOSTO: **FX COTOVELO E**

ALERGIAS: \_\_\_\_\_ HAS: \_\_\_\_\_ NEGA: \_\_\_\_\_ DM2: \_\_\_\_\_ NEGA: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ LEITO: **116-2** DATA: **10/02/2020**

| ITEM | PRESCRIÇÃO                                             | HORÁRIO |
|------|--------------------------------------------------------|---------|
| 1    | DIETA ORAL LIVRE                                       | 2-3     |
| 2    | ACESSO VENOSO PERIFERICO                               | MASSA   |
| 3    | SF 0,9% 500ML EV 12/12H                                | 18:00   |
| 4    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN                              |         |
| 5    | SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN          |         |
| 6    | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN | SN      |
| 7    | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM  |         |
| 8    | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                | 06      |
| 9    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                        | 06      |
| 10   |                                                        |         |
| 11   |                                                        |         |
| 12   |                                                        |         |
| 13   |                                                        |         |
| 14   |                                                        |         |
| 15   |                                                        |         |
| 16   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG    | 06      |
| 17   | SSVV + CCGG 6/6 H                                      | 12:00   |
| 18   | CURATIVO DIÁRIO                                        |         |
| 19   |                                                        |         |
| 20   |                                                        |         |
| 21   |                                                        |         |

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**  
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
 # EXAME FÍSICO: REG, ACIANÓTICO, ANCTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
 NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 # SOLICITAÇÃO:  
 # CONDUTA: MANTIDA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:

06:00 PA = 120x70 FC = 78 T = 36,4°C

| SINAIS VITAIS |        |    |        | DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO<br>MEDICO RESIDENTE<br>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA<br>CRM - RR 2028 |
|---------------|--------|----|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6 H           | PA     | FC | FR     |                                                                                            |
| 12 H          | 114x89 | 84 | 36,7°C |                                                                                            |
| 18 H          | 130x80 | 73 | 36,8°C |                                                                                            |
| 24 H          | 130x70 | 72 | 36,3°C |                                                                                            |

12:00h 78 FC no 12to, aferido 85 VU

*[Handwritten signature]*

116-2

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

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ DIH: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_  
PACIENTE: LEUTO DIAS ARAUJO  
AGNÔSCICO: COTOVELO E

ALERGIA: \_\_\_\_\_ HAS: \_\_\_\_\_ NEGA: \_\_\_\_\_ DM2: \_\_\_\_\_ NEGA: \_\_\_\_\_  
ID: \_\_\_\_\_ TITO: 116-2 DATA: 11/02/2020  
UTI: \_\_\_\_\_ PRESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_ HORÁRIO: \_\_\_\_\_

1. VITRAL LÍQUIDO  
2. SORO VENOSO PEP + SORO  
3. 0,9% 500ML EV 12/12H  
4. IRONINA 500MG EV 8/8H SN  
5. 48 TICONA 40 GOFAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN  
6. PARAL 100MG + SI 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT  
7. ALFONA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM  
8. PRAZOL 40MG EV 1 DIA  
9. CLOPRAZIDA 10MG EV 8/8H S/N

10. \_\_\_\_\_  
11. \_\_\_\_\_  
12. \_\_\_\_\_  
13. \_\_\_\_\_  
14. \_\_\_\_\_

15. TORRIL 25 mg VO S. 12/12 E OU PAD > 110 MMHG  
16. 100CC 0,9%  
17. ALIVO DIÁRIO

*Alto Anestesia*

18. MANEJO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:  
19. 0-2UI: 251-300 4UI, 3-11 350 6UI, 12-100 8UI, > 400 10 UI E OU GLICOSE < 70  
20. GLICOSE 50% 40 ML EV 12/12 S/N ANTONISTA

21. ANESTESIA: NÃO REALIZADO NO 1º DIA, 2º DIA: NÃO REALIZADO, CONTACTUANTE  
22. SIG. ACIDOTICO, ANICIA, CO, AN, 195, EUPNEICO,  
23. HIDRATADO.  
24. MANEJO: MANEJO DE CIRURGIA:  
25. PRONÓSTICO: ALTA.

SINA: \_\_\_\_\_  
6: \_\_\_\_\_  
12: \_\_\_\_\_  
18: \_\_\_\_\_  
24: \_\_\_\_\_  
A: \_\_\_\_\_ IC: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_  
DR. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-RR-2628

Eduto. Duro Anjo 116-2

Paciente em prescrição de dia.  
Pré-operatório. Realizado ACP em MSD  
Jelco 18.

12b PA. 119 x 82 mmHg 18b PA. 13 x 97 mmHg  
FC 66 FC 77  
T. 35.6 T. 35.5.

11C 110n.

24h PA = 117 x 77  
P = 7.1  
T = 36.0

06h PA = 113 x 86  
P = 88  
T = 36.5

116-2



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Antonio Dias Araújo ANOS, 21  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21.2.2020 COM  
DIAGNÓSTICO DE fratura do fêmur do membro inferior direito  
NO DIA 17.2.2020 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
osteossíntese do fêmur direito SENDO  
OPERADO PELO DR. T. Aderson E DR. Silvinho Pontes  
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 11.2.2020 ÀS 12 horas EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 27.02.2020 ÀS 13 horas COM O  
DR. T. Aderson

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.

BOA VISTA, 11/2/20

MÉDICO

Visto

0408020156 → 5527  
W49





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

|                                                                            |                                      |                                               |                        |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------|
| Identificação do Estabelecimento de Saúde                                  |                                      | 2 - CNES                                      |                        |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR |                                      | 231965-9                                      |                        |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - IIGR |                                      | 4 - CNES<br>231965-9                          |                        |
| Identificação do Paciente                                                  |                                      | 5 - Nº DO PRONTUÁRIO                          |                        |
| 5 - NOME DO PACIENTE<br>CLEUTO DIAS ARAUJO                                 |                                      | 00177909                                      |                        |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                         | 8 - DATA DE NASCIMENTO<br>19/09/1977 | 9 - SEXO<br>1 - Masculino                     | 10 - RAÇA/COR<br>PARDA |
| 11 - NOME DA MÃE<br>MARIA EDITH DIAS                                       |                                      | 12 - TELEFONE DE CONTATO<br>(95) 99153-0961   |                        |
| 13 - NOME DO RESPONSÁVEL<br>CLEUTO DIAS ARAUJO                             |                                      | 14 - TELEFONE DE CONTATO<br>(95) 99153-0961   |                        |
| 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)<br>RUA: ITAJARA - 480 - JOQUEI CLUB        |                                      | 17 - CDD - CIDADE MUNICIPAL - UF<br>140010 RR |                        |
| 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA<br>BOA VISTA                                  |                                      | 18 - CEP                                      |                        |

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                     |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                          |                               |
| 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                                          |                               |
| 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) |                               |
| 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL                                                            | 24 - CID 10 PRINCIPAL         |
| 25 - CID 10 SECUNDÁRIA                                                              | 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                                 |                                       |                                        |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|
| 27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                                   |                                       | 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO            |                                         |
| 29 - CLÍNICA<br>CIRURGIA GERAL                                                  | 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO<br>ELETIVO | 31 - DOCUMENTO<br>C. N. S.             | 32 - Nº DO DOCUMENTO<br>190061248450002 |
| 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE<br>JESUS ALBERTO LÓPEZ AGUIRRE |                                       | 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO<br>08/02/2020 |                                         |
| 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                          |                                       |                                        |                                         |

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

|                                                         |  |                                          |  |                                            |  |                                           |  |
|---------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-------------------------------------------|--|
| 36 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO      |  | 39 - CNPJ DA SEGURADORA                  |  | 40 - Nº DO BILHETE                         |  | 41 - SÉRIE                                |  |
| 37 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO  |  | 42 - CNPJ DA EMPRESA                     |  | 43 - CNAE DA EMPRESA                       |  | 44 - CBO                                  |  |
| 38 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO |  | 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA           |  | 46 - <input type="checkbox"/> EMPREGADO    |  | 47 - <input type="checkbox"/> EMPREGADOR  |  |
|                                                         |  | 48 - <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO   |  | 49 - <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO |  | 50 - <input type="checkbox"/> APRESENTADO |  |
|                                                         |  | 51 - <input type="checkbox"/> NÃO SEGURO |  |                                            |  |                                           |  |

## AUTORIZAÇÃO

|                                                                             |  |                                                           |  |                                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                       |  | 47 - CDD - ÓRGÃO EMISSOR                                  |  | 48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |  |
| 49 - DOCUMENTO<br><input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF |  | 50 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR |  |                                                 |  |
| 51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                    |  | 52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)    |  |                                                 |  |



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 10/01/2010 O.S. 02

Quarta-feira

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

T. DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Rot. 94H sob sed.
2. expressão de antitrombina + compen.
3. Redução i. cinto fob.  
Rodr. co. p. 2 + antitromb.  
col. 2 + Redução Rodr.
4. tal. 6. at. 20 sal. 20 em  
sup. 20
5. 20

HOSPITAL DE RORAIMA  
Av. Eng. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO

26/01/2010  
Certifico e sou responsável por esta  
cópia e fiel reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Ante o Sol, o Povo e os Brasileiros"

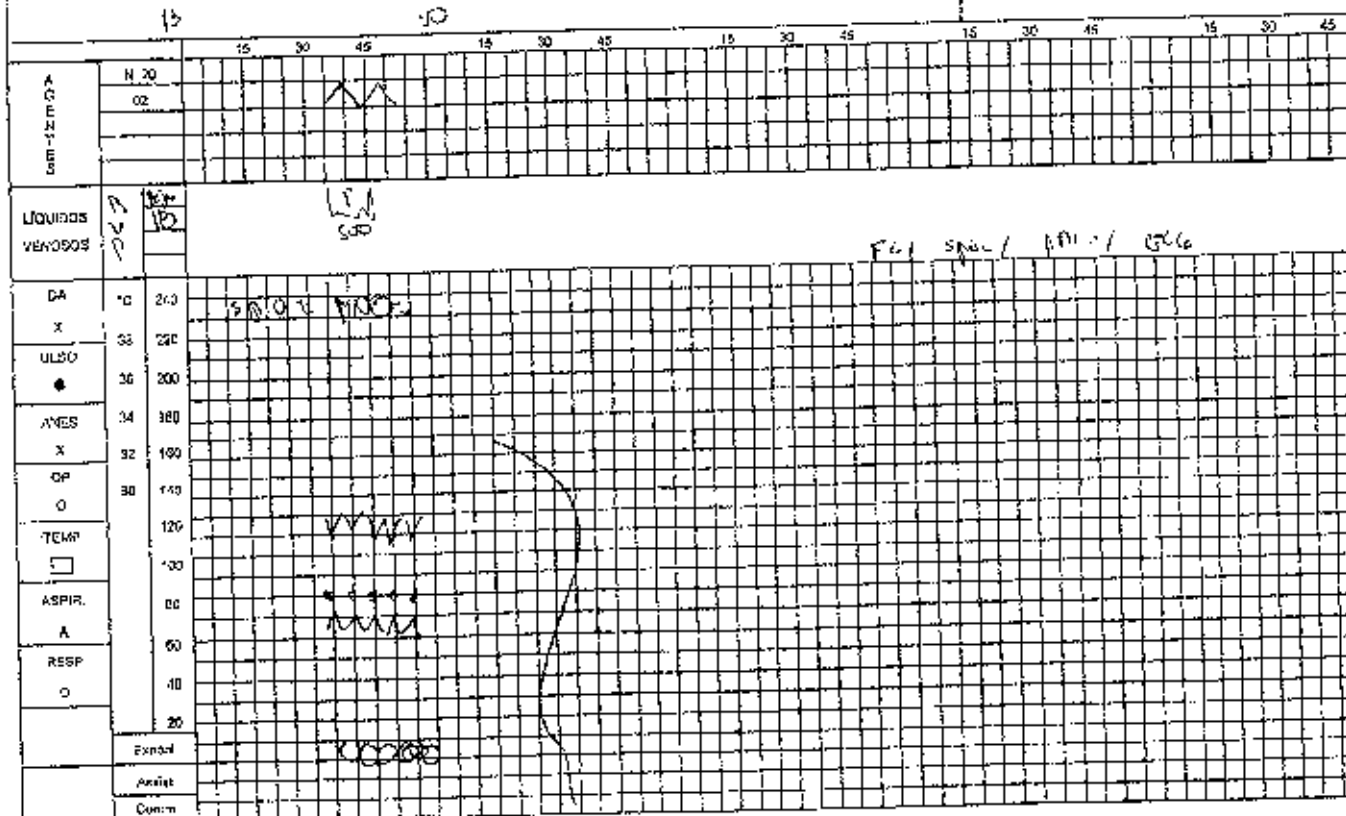
# FICHA DE ANESTESIA

CLETO DOS ANJOS, 470

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

13/07/90



SÍMBOLOS

| AGENTES     | DOSES    | TÉCNICA                      |
|-------------|----------|------------------------------|
| A. Propofol | 200 g    | Anestesia profunda           |
| B. Fentanyl | 100 g    | anestesia profunda           |
| C.          |          |                              |
| D.          |          |                              |
| E.          |          |                              |
| F.          |          |                              |
| G.          |          |                              |
| GLUCOSE     | LIQUIDOS | Câmara - Nível / Oro Faringe |
| MOOD        |          | Não / Oxiacetil - Cópia      |
| SANGUE      |          | Sal - Tamp - Calor da Tuba   |
|             |          | Sol - Máscara                |
|             |          | Dificuldade Técnica          |
| SE 0,9 %    | 400      | em 10 min                    |
| TOTAL       | 500 ml   | 20 minutos                   |

ANOTAÇÕES  
1 - CHAMAR AT: monitorização, saturação, umidade, propofol, fentanyl  
2 - OI 50% em 10 min  
3 - Anestesia profunda em 10 min  
4 - per. normalizado os parâmetros

AO SPM

OPERAÇÃO Anestesia de Rotula na Coluna (E)  
ANESTESIA Michel José  
CÓDIGO 0000  
CIRURGO Carlos / (Luz) / (Luz)

Lumbar - Espinal - Processos Sacro  
Dessecação Ressecção - Hborta  
"Bunking" - vômito

Hipertensão - Arteria  
End: Tacolândia - Choque

PERDA SANGUÍNEA

Dr. Michel Moraes Moura  
Médico Anestesiologista  
CRM-RR 1351 / RCF 124



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                                   |       |
| CLAUDIO DEAS MEALTO                                                             |                              | SALA 02             | 1017909                    | 10/10/2008                             |       |
| CIRURGIA                                                                        |                              |                     |                            |                                        |       |
| TIPO                                                                            |                              | TEMPO DE DURAÇÃO    |                            |                                        |       |
| ANÁLISE + RETORÇÃO DE GRADUAÇÃO DE CABEÇA DE RÔTAS                              |                              | INÍCIO              | FIM                        | TEMPO TOTAL                            |       |
|                                                                                 |                              | 19:45               | 19:50                      |                                        |       |
| CIRURGIÃO                                                                       |                              | EQUIPE MÉDICA       |                            |                                        |       |
| DRº WILDERSON                                                                   |                              | ANESTESISTA:        |                            | DRº NICHILIS                           |       |
|                                                                                 |                              | RES. ANESTESIA:     |                            | RESID. DRº JOSE NETO                   |       |
| 1º AUXILIAR                                                                     |                              | INSTRUMENTADOR      |                            |                                        |       |
| AUXILIAR                                                                        |                              | CIRCULANTE          |                            | VALÉRIA E CHARLSTON                    |       |
| TIPO DE ANESTESIA: GERAL                                                        |                              | TEMPO DE DURAÇÃO:   |                            |                                        |       |
| QUANT.                                                                          | MATERIAIS                    | VALOR               | QUANT                      | MEDICAMENTOS                           | VALOR |
|                                                                                 | PCT'S COMPRESSAS C/ 03 UNID. |                     | 1                          | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ML        |       |
|                                                                                 | PACOTES GAZE                 |                     |                            | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO           |       |
|                                                                                 | LUVA ESTÉRIL 7.0             |                     |                            | FRASCOS- SORO GLICOSADO                |       |
|                                                                                 | LUVA ESTÉRIL 7.5             |                     |                            | FIO VICRYL Nº                          |       |
|                                                                                 | LUVA ESTÉRIL 8.0             |                     |                            | FIO MONONYLON Nº                       |       |
|                                                                                 | LUVA ESTÉRIL 8.5             |                     |                            | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº              |       |
|                                                                                 | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS       |                     |                            | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº              |       |
|                                                                                 | LÂMINA BISTURI Nº            |                     |                            | FIO CATGUT SIMPLES Nº                  |       |
|                                                                                 | DRENO DE SUÇÃO Nº            |                     |                            | FIO CATGUT CROMADO Nº                  |       |
|                                                                                 | DRENO DE TÓRAX Nº            |                     |                            | FIO PROLEN Nº                          |       |
|                                                                                 | DRENO DE PENROSE Nº          |                     |                            | FIO SEDA Nº                            |       |
|                                                                                 | SERINGA 01ML                 |                     |                            | SURGICEL                               |       |
|                                                                                 | SERINGA 03ML                 |                     |                            | <del>SERATOSSO</del> ATORCA ALGODÃO    |       |
|                                                                                 | SERINGA 05 ML                |                     |                            | <del>ATOPARATA</del> Nº ATORCA GESSADA |       |
|                                                                                 | SERINGA 10ML                 |                     |                            | <del>ATOPARATA</del> ATORCA 10 CM      |       |
|                                                                                 | SERINGA 20ML                 |                     |                            | FITA CARDIACA ATORCA 6x30cm            |       |
|                                                                                 | ELETRODOS                    |                     |                            | OUTROS: CATETER DE O <sub>2</sub>      |       |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                              |                     | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE |                                        | VALOR |
| INSTRUMENTADOR (A)                                                              |                              | ENFERMEIRA CHEFE    |                            | MATERIAL MEDICAMENTOS                  |       |
|                                                                                 |                              | NICHILIS / ALINE    |                            | SUB-TOTAL                              |       |
| FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS                                                            |                              | CIRCULANTE DE SALA  |                            | TAXA DE SALA                           |       |
|                                                                                 |                              | VALÉRIA E CHARLSTON |                            | TAXA DE ANESTESIA                      |       |
|                                                                                 |                              |                     |                            | SOMA                                   |       |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE                                           |                              |                     |                            |                                        |       |



SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA  
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: LEANDRO DIAS ARAÚJO

Data de Nas: 14/09/72 Idade: 42

Sexo/leito: M/11C 2

Data: 10/12/2020

Termo de Consentimento Cirurgia: ( ) Sim ( ) Não

Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim ( ) Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

1. Informações:  
Jejum ( ) Sim ( ) Não  
Prótese ( ) Sim ( ) Não  
Exames ( ) Sim ( ) Não  
Reserva UTI ( ) Sim ( ) Não  
Lateralidade ( ) Sim ( ) Não  
PNE ( ) Sim ( ) Não  
Alergia ( ) Sim ( ) Não  
Qual: \_\_\_\_\_  
Reserva de Hemoderivado:  
( ) Sim ( ) Não  
Outros: \_\_\_\_\_

INTRA-OPERATÓRIO

| Entrada na Sala | Início da Anestesia | Início da Cirurgia | Término da Cirurgia | Término da Anestesia |
|-----------------|---------------------|--------------------|---------------------|----------------------|
| 14h 35          | 14h 30              | 14h 45             | 14h 50              |                      |

Anestesia: Sedação  
Cirurgia: Subtotal da prótese de quadril esquerdo

| Horário | FC | PA     | SPO2 | AUDRE | TE | DOE |
|---------|----|--------|------|-------|----|-----|
| 0'      |    |        |      |       |    |     |
| 15'     | 73 | 118/86 | 98   |       |    |     |
| 30'     |    |        |      |       |    |     |
| 45'     |    |        |      |       |    |     |
| 1h      |    |        |      |       |    |     |
| 01:30h  |    |        |      |       |    |     |
| 2h      |    |        |      |       |    |     |

2. Chegou ao Centro Cirúrgico:  
( ) Desembulhado  
( ) Com suporte de O2  
( ) Com suporte de O2  
( ) Agitado  
( ) Sinais Vitais:  
T: \_\_\_\_\_ °C  
R: \_\_\_\_\_ rpm  
FC: 73 bpm  
PA: 120/84 mmHg  
SAT: 94 %  
( ) Regular ( ) Irregular  
4. Anotações (admissão do paciente):  
Paciente em boa CG  
Paciente em boa CG  
Eleito para a prótese de quadril esquerdo  
SVC: Não obstruída  
HAS: Não obstruída  
Sinais Vitais:  
T: \_\_\_\_\_ °C R: \_\_\_\_\_ rpm  
PA: \_\_\_\_\_ mmHg SAT: \_\_\_\_\_ %  
( ) Regular ( ) Irregular  
Destino: ( ) SPPA ( ) UTI ( ) Outros: \_\_\_\_\_

3. Sinais Vitais:  
T: \_\_\_\_\_ °C R: \_\_\_\_\_ rpm  
PA: \_\_\_\_\_ mmHg SAT: \_\_\_\_\_ %  
( ) Regular ( ) Irregular  
Destino: ( ) SPPA ( ) UTI ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Legenda:  
1. Eletrodos  
2. Oxímetro  
3. Mangueira PA  
4. Placa de Bisturi  
5. Incisão  
6. Cateter O2  
7. Vendelise  
8. Dreno  
9. SNG/SNE  
10. Garrote  
11. TOT ( ) Não ( ) Sim N° \_\_\_\_\_  
12. SVD ( ) Não ( ) Sim N° \_\_\_\_\_  
13. Outros: \_\_\_\_\_

5. Anotações (evolução/Alta do paciente):  
Subtotal da prótese de quadril esquerdo  
SVC: Não obstruída  
HAS: Não obstruída  
Sinais Vitais:  
T: \_\_\_\_\_ °C R: \_\_\_\_\_ rpm  
PA: \_\_\_\_\_ mmHg SAT: \_\_\_\_\_ %  
( ) Regular ( ) Irregular  
Destino: ( ) SPPA ( ) UTI ( ) Outros: \_\_\_\_\_

6. Anotações (evolução/Alta do paciente):  
Subtotal da prótese de quadril esquerdo  
SVC: Não obstruída  
HAS: Não obstruída  
Sinais Vitais:  
T: \_\_\_\_\_ °C R: \_\_\_\_\_ rpm  
PA: \_\_\_\_\_ mmHg SAT: \_\_\_\_\_ %  
( ) Regular ( ) Irregular  
Destino: ( ) SPPA ( ) UTI ( ) Outros: \_\_\_\_\_

7. Anotações (evolução/Alta do paciente):  
Subtotal da prótese de quadril esquerdo  
SVC: Não obstruída  
HAS: Não obstruída  
Sinais Vitais:  
T: \_\_\_\_\_ °C R: \_\_\_\_\_ rpm  
PA: \_\_\_\_\_ mmHg SAT: \_\_\_\_\_ %  
( ) Regular ( ) Irregular  
Destino: ( ) SPPA ( ) UTI ( ) Outros: \_\_\_\_\_

8. Anotações (evolução/Alta do paciente):  
Subtotal da prótese de quadril esquerdo  
SVC: Não obstruída  
HAS: Não obstruída  
Sinais Vitais:  
T: \_\_\_\_\_ °C R: \_\_\_\_\_ rpm  
PA: \_\_\_\_\_ mmHg SAT: \_\_\_\_\_ %  
( ) Regular ( ) Irregular  
Destino: ( ) SPPA ( ) UTI ( ) Outros: \_\_\_\_\_

9. Anotações (evolução/Alta do paciente):  
Subtotal da prótese de quadril esquerdo  
SVC: Não obstruída  
HAS: Não obstruída  
Sinais Vitais:  
T: \_\_\_\_\_ °C R: \_\_\_\_\_ rpm  
PA: \_\_\_\_\_ mmHg SAT: \_\_\_\_\_ %  
( ) Regular ( ) Irregular  
Destino: ( ) SPPA ( ) UTI ( ) Outros: \_\_\_\_\_



ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Cláudio Alvaro Araújo  
Responsável Cirúrgico: C. E. Mendes / J. J. J. J.

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ( ) Identidade  
( ) Sítio Cirúrgico  
( ) Procedimento  
Consentimento ( ) Sim ( ) Não

RISCO CIRÚRGICO

- ( ) Aplica ( ) Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

( ) VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA  
CONCLUÍDA

( ) OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM  
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ( ) Não ( ) Sim, Qual: \_\_\_\_\_

VIA AEREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ( ) Não  
( ) Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ( ) Não  
( ) Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data: 1/1 Assinatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

ANTES DA INCISÃO

Anestesia: Meckel

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA  
EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E  
FUNÇÃO: ( ) Sim ( ) Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO  
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ( ) Identificação do paciente  
( ) Sítio cirúrgico  
( ) Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

( ) REVISÃO DO CIRURGIÃO:  
Quais são as clipas críticas ou inesperadas, duração da  
operação e perda sanguínea prevista.

( ) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:  
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

( ) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:  
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e  
outros estão presentes e dentro da validade de  
esterilização (instituto responsável do intender). Há  
questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer  
preocupações.

A PROFILAXIA ANTITROMBÓTICA FOI  
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- ( ) Não se aplica  
( ) Sim, Qual: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.  
( ) Sim  
( ) Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE  
OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO  
REGISTRADO  
( ) Sim ( ) Não

- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS  
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS  
ESTÃO CORRETAS  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplicam

- 3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA  
PATOLOGICA ESTÁ IDENTIFICADA  
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO  
PARA SER RESOLVIDO.

- ( ) Sim ( ) Não

( ) CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A  
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM  
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A  
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

Cláudio Alvaro Araújo  
Assinatura e Carimbo



Governo do Estado do Rio Grande do Sul  
Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento

UNIDADE, SETOR

**NOME DO PACIENTE**

## PROFESSIONAL RESPONSIVES

**PRESCRIÇÃO**

DATA / HIGH

10/2/2010

(9) Terebinth - up - 8/6 hrs

(10) " " " "

(11) Sider + CD 7/5

34  
30 32  
(Rhythm)

52

## HOFÁRÍÐ

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

CBSERVING

# DEPARTO

LEITD

Nº DE REGISTRO

|      |    |      |
|------|----|------|
| June | 19 | 1900 |
|------|----|------|

Reduced cab V. Zedler

Chen D C.C. at 21:10.

94-135x70 7.3.06

$$H = 72$$

1-2652

6:00 / 18 = 120x10

657

53642

Atividade em 1ª e 2ª série, L.O.F.E., Sem

Queixas Relevantes: CCQC,

SSV E Affari, Dispendio

Coastal Survey area (1990-91).

1

2

**PRESCRIÇÃO DIÁRIA**