

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

---

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200312143**

**Vítima: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO**

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

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

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

**Senhor(a), ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

Rio de Janeiro, 08 de Setembro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200312143**

**Vítima: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO**

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

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

**Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200312143**

**Vítima: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO**

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

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO**

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 ombros

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: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO**

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

**Banco: 001**

**Agência: 000001036-7**

**Conta: 000010007015-9**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200312143      **Cidade:** Caracaraí      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO      **Data do acidente:** 11/11/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 16/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

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

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁGINAS 01, 02 E 11.

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

## DANOS

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

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
31.839.472-91 - <i>Luizinho Matias da Silveira Filho</i>		

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
<i>Luizinho Matias da Silveira Filho</i>			
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
<i>autônomo R. Vila Cecília</i>			
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
<i>Edim Floresta</i>		<i>RR</i>	<i>69.312-058</i>
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): <i>9413-3855</i>		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: *1036* CONTA: *7.015*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima  Sim 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim 31 - Vítima  Sim 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim 34 -  Não 35 -  Não 36 -  Não 37 -  Não 38 -  Não 39 -  Não 40 - Local e Data, *Boa Vista RR, 07 de Agosto de 2010*

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



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: 8978/2020 - Registrado em: 16/08/2020 às 22h 55min

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

Data/hora do Fato: 11/11/2019 às 11h 00min

**LOCAL DO FATO**

Município: CARACARAI  
Logradouro: ESTRADA KM 24  
Bairro: CENTRO  
Referência:  
Complemento: NO MUNICIPIO DE CARACARAI

UF: RR

Nº. S/N

CEP:

Tipo de local: VIA RURAL

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

ALUZIO INACIO DA SILVA FILHO (38), nascido(a) em 08/08/1981, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de NÃO INFORMADO, CPF Nº 737.834.472-91, País: BRASIL, natural de CARACARAI-RR, filho(a) de CLOTILDE DE SOUZA e , endereço: ANA CECILIA M SILVA, cep: 69312-058, Nº: 373, bairro: JARDIM FLORESTA, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, Telefone: (95) 99133-7375.

**OBJETOS**

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTOCICLETA	MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, MODELO BROS DE PLACA NAO-0463

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

AO COMPARCER À DELEGACIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA EM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, DE CODINOME DAT, A MESMA INFORMOU QUE NÃO ESTAVA EFETUADO REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL PRESENCIALMENTE, DEVIDO A PANDEMIA DO NOVO CORONA-VÍRUS. DEVIDO A ESSE FATO FAÇO-ME PRESENTE PARA RELATAR QUE:

NO DIA E HORÁRIO ACIMA CITADO EU ALUÍZIO INÁCIO DA SILVA FILHO ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE UM AMIGO DE NOME JOSENILSON CRUZ CARVALHO, QUE ELE CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, MODELO BROS DE PLACA NAO-0463, QUE NESSE MOMENTO RETORNÁVAMOS DE UMA PESCARIA COM ALGUNS AMIGOS, NO RIO AJARANI, NO MUNICÍPIO DE CARACARAI/RR, PELA ESTRADA DO KM-24, QUE NESSA ESTRADA HAVIA UM CURVA SINUOSA À DIRETA, QUANDO MEU AMIGO FOI FAZÉ-LA, A MOTOCICLETA DERRAPOU NO BARRO, QUE FORMOS IMPULSIONADOS PARA O BARRANCO DA ESTRADA, SENDO ARREMESSADOS DA MOTOCICLETA. QUE AMBOS SOFREMOS FRATURAS, QUE EU SOFRI FRATURAS GRAVES EM MEU BRAÇO ESQUERDO, QUE A CLAVÍCULA ESQUERDA FOI QUEBRADA, QUE MEUS PARCEIROS QUE ESTAVA PRÓXIMO DO LOCAL, NOS LEVARAM ATÉ O HOSPITAL DE CARACARAI ONDE FIZERAM O TRATAMENTO MÉDICO.

AFIRMO QUE A PRESENTE DECLARAÇÃO QUE DEI ORIGEM TRATA-SE DE INTEIRA VERACIDADE PODENDO RESPONDER CIVIL E CRIMINALMENTE PELO PRESENTE RELATO, SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO (ART. 339 E 340 DO CPB)

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

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

ALUZIO INACIO DA SILVA FILHO  
COMUNICANTE



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00023950/2020

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 18/08/2020 09:51:03 Data/Hora Fim: 18/08/2020 09:51:03  
Origem: Polícia Judiciária Nº do Documento: 8978/2020 Data: 16/08/2020  
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade de Apuração: Núcleo de Inteligência

Data/Hora do Fato: 11/11/2019 11:00

**Local do Fato**

Município: Caracaraí (RR)

Bairro: CENTRO

Logradouro: VIA PÚBLICA

Tipo do Local: Via Pública

Nº: KM24

<b>Natureza</b>	<b>Meio(s) Empregado(s)</b>
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

**EN VOLVIDO(S)**

<b>Nome Civil:</b> ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO (COMUNICANTE , VÍTIMA )	<b>Nacionalidade:</b> Brasileira	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nasc:</b> 08/08/1981	<b>Idade:</b> 39
<b>Profissão:</b> Eletricista				
<b>Estado Civil:</b> Solteiro(a)				
<b>Nome da Mãe:</b> Clodilde de Souza		<b>Naturalidade:</b> Caracaraí - RR		<b>Nome do Pai:</b> Aluizio Inacio da Silva

**Documento(s)**

CPF: 737.834.472-91

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ANA CECILIA MOTA

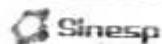
Nº: 373

Bairro: Jardim Floresta

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

<b>Grupo</b> Veículo	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>Descrição</b> MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, MODELO BROS DE PLACA NAO-0463	<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 231.235.672-49
<b>Placa</b> NAO0463	<b>Renavam</b> 00305699253
<b>Número do Motor</b> KD05E5B554106	<b>Número do Chassi</b> 9C2KD0550BR554106
<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2011/2011	<b>Cor</b> VERMELHA
<b>UF Veículo</b> RR	<b>Município Veículo</b> Boa Vista
<b>Marca/Modelo</b> HONDA/NXR150 BROS ES	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1,00 Unidade	<b>Situação</b> Envolvido
<b>Última Atualização Denatran</b> 06/08/2020	<b>Situação do Veículo</b> ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS

<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
-----------------------	----------------------



Impresso por: Meire Moura da Silva

Data de Impressão: 09/09/2020 15:05:02

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00023950/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
Aluizio Inacio da Silva Filho	Exibidor

## RELATO/HISTÓRICO

AO COMPARAECER À DELEGACIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA EM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, DE CODINOME DAT, A MESMA INFORMOU QUE NÃO ESTAVA EFETUADO REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL PRESENCIALMENTE, DEVIDO A PANDEMIA DO NOVO CORONA-VÍRUS. DEVIDO A ESSE FATO FAÇO-ME PRESENTE PARA RELATAR QUE: NO DIA E HORÁRIO ACIMA CITADO EU ALUIZIO INÁCIO DA SILVA FILHO ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE UM AMIGO DE NOME JOSENILSON CRUZ CARVALHO, QUE ELE CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, MODELO BROS DE PLACA NAO-0463, QUE NESSE MOMENTO RETORNÁVAMOS DE UMA PESCARIA COM ALGUNS AMIGOS, NO RIO AJARANI, NO MUNICÍPIO DE CARACARAI/RR, PELA ESTRADA DO KM-24, QUE NESSA ESTRADA HAVIA UM CURVA SINUOSA À DIRETA, QUANDO MEU AMIGO FOI FAZÉ-LA, A MOTOCICLETA DERRAPOU NO BARRO, QUE FORMOS IMPULSIONADOS PARA O BARRANCO DA ESTRADA, SENDO ARREMESSADOS DA MOTOCICLETA, QUE AMBOS SOFREMOS FRATURAS, QUE EU SOFRI FRATURAS GRAVES EM MEU BRAÇO ESQUERDO, QUE A CLAVÍCULA ESQUERDA FOI QUEBRADA, QUE MEUS PARCEIROS QUE ESTAVA PRÓXIMO DO LOCAL, NOS LEVARAM ATÉ O HOSPITAL DE CARACARAI ONDE FIZERAM O TRATAMENTO MÉDICO. AFIRMO QUE A PRESENTE DECLARAÇÃO QUE DEI ORIGEM TRATA-SE DE INTEIRA VERACIDADE PODENDO RESPONDER CIVIL E CRIMINALMENTE PELO PRESENTE RELATO, SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO (ART. 339 E 340 DO CPB)

## ASSINATURAS

Ronaldo Luiz de Souza  
Agente de Polícia Civil Especial  
Matrícula 0710354  
Responsável pelo Atendimento

Aluizio Inacio da Silva Filho  
Comunicante, Vítima

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

## AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fe, que a presente fotocópia  
é a reprodução fidel do Original.

Boa Vista, 09 de Setembro de 2020  
Assinatura: *Meire Moura da Silva* N.º 020816684



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00023950/2020

## DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/08/2020 09:51:03 Data/Hora Fim: 18/08/2020 09:51:03

Origem: Polícia Judiciária Nº do Documento: 8978/2020 Data: 16/08/2020

Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

## DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Núcleo de Inteligência

Data/Hora do Fato: 11/11/2019 11:00

Local do Fato

Município: Caracaraí (RR)

Bairro: CENTRO

Logradouro: VIA PÚBLICA

Nº: KM24

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

## ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO (COMUNICANTE , VÍTIMA )			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 08/06/1981	Idade: 39
Profissão: Eletricista			
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Caracaraí - RR	
Nome da Mãe: Clodilde de Souza		Nome do Pai: Aluizio Inacio da Silva	

Documento(s)

CPF: 737.834.472-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ANA CECILIA MOTA

Nº: 373

Bairro: Jardim Floresta

## OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, MODELO BROS DE PLACA NAO-0463	CPF/CNPJ do Proprietário 231.235.672-49
Placa NAO0463	Renavam 00305699253
Número do Motor KD05E5B554106	Número do Chassi 9C2KD0550BR554106
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011	Cor VERMELHA
UF Veículo RR	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1,00 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 06/08/2020	Situação do Veículo ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
31.839.472-91 - <i>Luizinho Matias da Silveira Filho</i>		

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
<i>Luizinho Matias da Silveira Filho</i>			
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
<i>autônomo</i>	<i>R. Vila Cecília</i>		
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
<i>Edim Floresta</i>	<i>Boa Vista</i>	<i>RR</i>	<i>69.312-058</i>
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): <i>9413-3855</i>		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: *1036* CONTA: *7.015*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima  Sim 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim 31 - Vítima  Sim 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim 34 -  Não 35 -  Não 36 -  Não 37 -  Não 38 -  Não 39 -  Não 40 - Local e Data, *Boa Vista RR, 07 de Agosto de 2020*

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 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

# 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: 22/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01036-7

CONTA: 000010007015-9

---

Nr. da Autenticação 413367D244471882

MAIO/2020

16/06/2020

227

198,40

ANDRÉIA DE OLIVEIRA NOGUEIRA  
R. ANA CECILIA M SILVA 373 04 - JARDIM FLORESTA  
CEP: 69.312-058 - BOA VISTA

CPF: 00001887915230

DADOS DA LEITURA (kWh)	
Atual:	227
Anterior:	221
Dias de consumo:	22
Constante de Multiplicação:	1.000
Consumo medido:	227
Consumo faturado:	227

DADOS DA LEITURA	
Atual:	11/05/2020
Anterior:	05/04/2020
Próxima leitura:	12/06/2020
Emissão:	06/05/2020
Apresentação:	11/05/2020

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Grupo/Subgrupo:	1.1.1.4
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	BIPOLAR
Número Medidor:	T061914262
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	

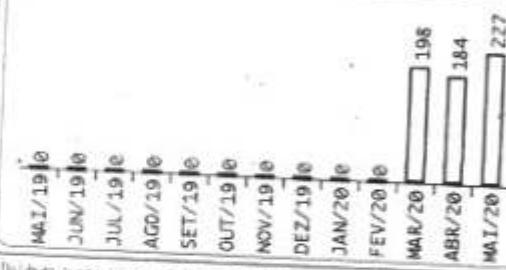
CONSUMO		DESCRÍÇÃO DA CONTA	
ILLUMINAÇÃO PÚBLICA	227	A R\$ 0,753650 =	171,87 27,33

OUTRAS INFORMAÇÕES

DEBLA SOB DEBITOS:  
R\$ 227 - 0,617779

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

Média 12 meses: 198



MENSAGENS  
IMPORTANTES

REAVISO DE  
VENCIMENTO

Unidade consumidora submete a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 25/05/2020. O dia pagamento pode ser ensaiado também e incluído no nome do consumidor na TSEB.

Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Meia-Preço Valor R\$  
03/2020 179,72

Declaro que não debo débitos desta UC no ano de 2019 (Lei 12887/19).  
LIGE 00001887915230 E FRAU (PRAZO VENCIMENTO 16/11/16 21:26)

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	33,83	Encargos:	5,31
DEBLA:	41,18	Tributos:	30,83
Transmissão:	0,00		
		Base de Cálculo:	171,87
		ICMS:	17,76%
		PIS:	0,17%
		COFINS:	0,55%
			29,88
			0,36
			1,45

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Última Realizada	DIA			FIM			Último Mês	Último Mês
	Mês	Trimestre	Ano	Mês	Trimestre	Ano		
	9,24	13,49	36,99	8,46	16,97	33,84	4,99	
	0,00			0,00			0,00	



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

## 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 <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059



# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

## PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves França  
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343-20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Fluizio Inácio de Souza Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 737.834.972-91  
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Fluizio Inácio de S. Filho  
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 732.834.472-91 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</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>	CEP:	<u>69.318-050</u>
E-mail:	<u>Wfranco993@gmail.com</u>			Tel. (DDD):	<u>99113-3855</u>		

Local e Data: Boa Vista RR 17 de Agosto de 2020

William Gonçalves França

Assinatura do Declarante

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

\* Classificação Reclassificação  
**AMARELO** Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul. Ass.

Reclassificação \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Vermelho  
\_\_\_\_\_ Laranja  
\_\_\_\_\_ Amarelo  
\_\_\_\_\_ Verde  
\_\_\_\_\_ Azul. Ass. \_\_\_\_\_

Reclassificação \_\_\_\_\_  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Ass.: \_\_\_\_\_

1901185268	11/11/2019 11:46:12	FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	13	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	CPF	Prontuário	
<b>ALUÍZIO INACIO DA SILVA FILHO</b>		08/08/1981		38 A 10 M 11 D		705003296675154	73783447291	00177040	
Tipo Doc		Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
IDENTIDADE		232855	SSP/RR	20/10/2000	M	SOLTEIRO(APARDA)	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA	
Mãe				Pai		Contato			
<b>CLOTILDE DE SOUZA</b>				<b>ALUÍZIO INÁCIO DA SILVA</b>		(95) 99133-7375			
Endereço		Ocupação							
<b>RUA - JAPURA - 51 - - CARACARAI - RR</b>									
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	Autorização		Sis Prenatal
<b>AMARELO</b>		<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>							
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão
<b>TRAUMATICO</b>		<b>URGÊNCIA</b>		<b>REINALDO COSTA</b>			<b>36,50</b>		<b>130 x 80</b>
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:			
<b>GRANDE TRAUMA</b>		<b>DEMANDA ESPONTANEA</b>		<b>PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERF</b>		<b>EDVAN.NASCIMENTO</b>			
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							

**Anamnese de Enfermagem**  
NEGA DM + HAS + ALERGIA MEDICAMENTOSA

**GSC** **TOTAL**  
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_ : \_\_\_\_ h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

<b>Conduta</b>	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica	<input type="checkbox"/> Ambulatório
	<input type="checkbox"/> Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)
	<input type="checkbox"/> Alta a Revelia	<input type="checkbox"/> Internação
	<input type="checkbox"/> Transferência para:	Data e Hora da Saida/Alta: _____/_____/____-____:____

Antes do 1º Alandimento?  Sim  Não Destino:  Família  IML Anatomia Patológica \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

**Assinatura do Paciente ou Responsável** **Carimbo e Assinatura do Médico**

---

**Carimbo e Assinatura do Médico**

Impresso por: emerson.lima  
Data/Hora: 19/06/2020 11:33:32



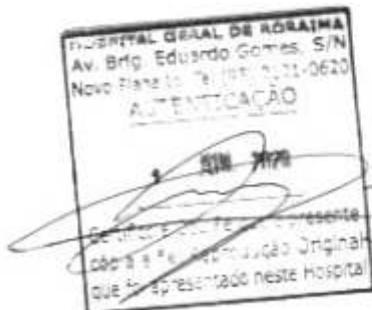


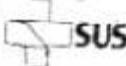
ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

## DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que o Srº. **ALUIZIO INACIO DA SILVA FILO**, CPF: 73783447291 deu entrada no Pronto Socorro Francisco Elesbão (GT) no dia **11/11/2019 às 11h e 46min**, por motivo **ACIDENTE DE MOTO**, *recebeu os cuidados da equipe de plantão. Cód. de Atendimento 1901185268.*

Boa Vista-RR, 19 de Junho de 2020.





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Alto: 26/11/19

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

1 - NOME DO PACIENTE

2 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

3 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

4 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

5 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

6 - TELEFONE DE CONTATO

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - GÉNERO

9 - SÉRIE

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IRG/MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente submetido a Osteosíntese  
de clavicula esquerda.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As clavas

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

Rn + exame face

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fr clavícula E

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

27 - CID 10 PRINCIPAL

28 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

33 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

44 - AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

57 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

59 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

61 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

63 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

65 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

67 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

69 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

71 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

73 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

75 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

77 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

79 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

81 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

83 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

85 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

87 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

89 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

91 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

93 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

95 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

97 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

99 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

101 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

103 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

105 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

107 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

109 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

111 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

113 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

115 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

117 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

119 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

121 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

123 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

125 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

127 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

129 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

131 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

133 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

135 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

137 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

139 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

141 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

143 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

145 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

147 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

149 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

151 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

153 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

155 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

157 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

159 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

161 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

163 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

165 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

167 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

169 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

171 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

173 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

175 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

177 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

179 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

181 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

183 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

185 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

187 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

189 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

191 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

193 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

195 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

197 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

199 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

201 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

203 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

205 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

207 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

209 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE ALUIZIO INACIO DA SILVA

AGNÓSTICO FX CLAVICULA E

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

112-2

DATA

26/11/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 ACESSO VENOSO PERIFERICO

3 SF 0,9% 500ML EV S/N

4 DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN

5 SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h

6 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN

7 NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM

8 OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA

9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

10 CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H

11 CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H

12

13

14

15

16 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS &gt; 160 E OU PAD &gt; 110 MMHG

17 SSVV + CCGG 6/6 H

18 CURATIVO DIÁRIO

19

20

21

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA  
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI;  $\geq 400$ : 10 UI E OU GLICOSE  $\leq 70$   
 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. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DIA

6/11/19 A NOITE CM DRENAGEM DE SECREÇÃO PURULENTA DE COTOVELO E BRAÇO

DIREITO, SEGUE SEM QUEIXAS, COM MELHORA DO ARCO DE MOVIMENTO DE  
 COTOVELO DIREITO

## SINAIS VITAIS

6 H

PA

FC

FR

12 H

18 H

24 H

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

209



112-2



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE:

Augusto Freitas da Silva Filho

DIAGNÓSTICO:

Fractura de clavícula F

ALERGIAS:

HAS

DM2

IDADE:

LEITO

DATA

23/11/13

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	Mainten.
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	S/N
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H S/N	S/N
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	S/N
6	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5	S/N
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIÁ	S/N
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h S/N	S/N
10	Tildesomg EV 12/12 h	17-05-13
11	Cinnamomus 600mg EV 6/6 h	134.12.12.18
12	Ciprofloxacin 500mg EV 12/12 h	20-8-
13		
14		
15	Dr. Augusto Freitas da Silva Filho	
16	Médico Residente	
17	Ortopedia e Traumatologia	
18	CRM-RR 10841	
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
20	SSVV + CCGG 6/6 H	
21	CURATIVO DIÁRIO	

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 DM/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE. DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE. EXAME FÍSICO: BEG, ACONÓTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSSESQUELETICA, SEM QUEIXAS ALGICAS.

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
6 H				
12 H				
18 H	119x76	183	359	
24 H	118x74	70	-	

MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



Bloco: A-112-2

01+

### I - DADOS DO PACIENTE:

DESCONHECIDO: ( ) SIM (  ) NÃO ENTRADA: / /

OBS: (COR/RAÇA, ESTATURA, VESTIMENTA...)

### II- IDENTIFICAÇÃO

NOME: Aluizio Maico da Silva

DATA DE NASCIMENTO: 08/08/81 IDADE: 38 anos

SEXO: ( ) FEM (  ) MASC ( ) TELEFONE:

NACIONALIDADE: NATURALIDADE: Caracarai / RR

ENDEREÇO: Rua Cecília Mata

Nº 372 BAIRRO: Jardim Votorata CIDADE: Boa Vista

ACOMPANHANTE NA UNIDADE: Sua - cunhada Alice

PARENTESCO: CONTATO: Beppe Andrade 99120-2027

POSSUI DOCUMENTOS: (  ) SIM ( ) NÃO não está na Unidade

APRESENTA ALGUMA DEFICIÊNCIA: SIM ( ) NÃO (  )

QUAL?

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ( ) SIM (  ) NÃO ( ) BPC ( ) APOSENTADORIA ( ) AUXÍLIO

DOENÇA ( )

OUTROS: Em negado Beppe ENB.

### III- CONDUTA PROFISSIONAL/ACOMPANHAMENTO:

Aguardando resolução Urtima de  
acidente de moto no interior Caracarai  
BR 230 Vila José  
Dirigindo trânsito auxílio dezenas e  
providenciar documentos para dinar no  
 pronto atendimento.

Rosângela Reis Rocha  
Assistente Social  
CRESS N° 0141 27º Regist.

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERÍODICA  
CENTRO CIRÚRGICO



Nome: Adriano Júnior dos Sáuia Filho Idade: 38 Setor/Leito: 12 - 02  
Data de Nasc: 08/08/81 Termo de Consentimento Cirurgia:  Sim  Não

Data: 25/9

Termo de Consentimento Anestesia:  Sim  Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta: Clavícula

E

1. Informações:

Jejum  Sim  Não  
Proteína  Sim  Não  
Exames  Sim  Não  
Reserva URT  Sim  Não  
Lateraisidade  Sim  Não  
PNE  Sim  Não  
Alergia  Sim  Não  
Qual: none

Reserva de Hemoderivado:  
( Sim  Não)

Outros:

2. Chegou ao Centro Cirúrgico:

() Desambulando

() Consciente

() Com Suporte de O2

() TOT

() Agitado

3. Sinais Vitais:

T 37°C

R 65 bpm

FC 65 bpm

PA 120/85 mmHg

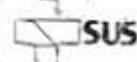
SAT 94%

( Regular  Irregular

4. Anotações (Admissão do paciente):

Exame de rotina

Exame



Alto: 26/11/19

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

BLOCO A

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Flávio Inácio da Silva Elliot

177040

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

100073

7 - CARTA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

105003296675154

8 - DATA DE NASCIMENTO

8/8/81

9 - SEXO

Masc.

Fem.  3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Cláudia de Souza

11 - TELEFONE DE CONTATO  
M.º DE TELEFONE

015 991331375

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

R. Japão, 51, Centro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Conceição

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

88

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente submetido a osteosíntese  
de clavícula esquerda.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Asfixia

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

Rn + exame soci

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL  
Fratura clavícula E

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteosíntese clavícula E

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Flávio Montenegro Pedro G.

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)  
Ortopédico e Traumatologista  
Flávio Montenegro Pedro G.

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

0408010150  
5420

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

28/11/19

u 409

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**SUS**  
Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

2 - CNES

231965-9

4 - CNES

231965-9

5 - N.º DO PRONTUÁRIO

00176293

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/08/1981

9 - SEXO

1 - Masculino

10 - RACA / COR

PARDA

11 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

CLOTILDE DE SOUZA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

15 - ENDERECO (RUA, N.º BAIRRO)

RUA: JAPURA - 51 -

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CARACARAÍ

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

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 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N.º DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

CIRURGIA GERAL

ELETIVO

C. N. S.

980016003578306

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

BRUNO FIGUEIREDO DOS SANTOS

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

24/11/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

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

36 -  ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N.º DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 -  ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 -  ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

46 - EMPREGADO

47 - AUTÔNOMO

48 - DESEMPREGADO

49 - APOSENTADO

50 - NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DOCUMENTO

49 - N.º DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)



**BOLETIM OPERÁRIO**

Date: 25/11/19

05. \_\_\_\_\_

Alvaro Inacio do  
Silva Filho

#### DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

#### INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

#### TIPO DE INTERVENÇÃO

## MEDICAÇÕES E ACIDENTES

## DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

CIRURGIÃO

Vito Donofrio  
Ferraro's Pizzeria

### 1º auxiliar:

Pedro Giovanni

INSTRUMENTADORA:

## ANESTESIA

### ANESTÉSICO:

DURACÃO

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- RELATORIO CIRÚRGICO

1º Parte em volta de cedro de prata sob zolo  
moldeado

2º Stegma e Antineuris.

3º Colocar de corpo estr.

4º Intrai em região da faringeio de levado  
troupeado com aderências por plato de zolo  
de fundo.

5º Recuperação de zolos com o uso de  
uso de Kishner + controle radioscópico.

6º INC com seu fisiologico

7º Sustens por plato com vinylofylon

8º undrat

9º SDRP

Dr. Vilni Montenegro  
Traumato. Ortopedia  
Cirurgia

Dr. Augusto Cavalcante  
Medico Residente  
Ortopedia e Traumatologia



Aluizio Ináu da Silva Filho

25/11/19

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

- midazolam 5 mg (15)
- fentanyl 100 µg (16)

Nº

(15)

(16)

AG EN TE S	Nº 20	15 30 45	15 30 45	15 30 45	15 30 45	15 30 45	
	02						
LIQUIDOS VENOSOS	1	Mg 20	(1) (2) (3)	200 200 200			
DA X	10	240	100	100	100		
ULSO *	36	220					
ANES X	34	180					
OP O	32	160					
TEMP	30	140					
ASPIR.	120	100					
A	80	70					
RESP O	60	50					
	40	30					
	20	10					
Expir							
Assist							
Compr							
SIMBOLOS	X	0		(1)			
AGENTES							
A	Aluizio 5%	DOSIS	TÉCNICA		ANOTACOES		
B	Aluizio 4% + 1000 ml		Bípede de Nado		1 - Crise lbt. Ritonibato, coagulo, -		
C			Bronqui Espinilo		fri, urto, rugos, farto.		
D			ECG - EDD		2 - O2 Sos on alveo		
E					3 - Pressao e antidiptico		
F					4 - Alveolo 4% (17)		
G					5 - Tilitil 40 mg (18)		
GLICOSE	LIQUIDOS						
NICO		Cárrula - Naso / Ora Faríngea					
SANGUE		Naso / Otráqueal - Caga					
		Bd - Tamo - Calibre do Tubo					
		Sob Maestra					
		Diffusão Técnica					
SP 0.9% 1600		Nas					
TOTAL 1600 ml		TEMPO DE ANESTESIA					
OPERACAO	01:30 M						
ANESTESIA	Osteosíntese de Fratura do Colo da Cervical (19)						
	Par: 7m   50s	COIGO	CIRURGIO	PERDA SANGUÍNEA			

Alberto F. M. Herrera  
Médico Anestesiologista  
CRM 307/RR



## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE Aluizio Inácio da Silva Filho		APT OU LEITO 112 - 2	Nº DO PRONTUÁRIO 0017 62 93	DATA 25 / 1 11/19
CIRURGIA				
TIPO Osteossíntese Fratilar da Clavícula (E)		TEMPO DE DURAÇÃO		
		INICIO 15:29	FIM 16:36	TEMPO TOTAL
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO Dr. Vitor Montenegro		ANESTESISTA: Dr. Fabio		
1º AUXILIAR Dr. Marcos Brunner Rz		RES. ANESTESIA: Dr. Neto		
2º AUXILIAR Dr. Fernando Re		INSTRUMENTADOR Dr. Augusto RL		
CIRCULANTE Socorro e Ovando				
TIPO DE ANESTESIA: Blocogie clávula Brachial (E)		TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO 500ml 100ml de Ce
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
	LUVA ESTERIL 7.0		1	FRASCO- SORO GLICOSADO
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRY N° 0,2-0
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON N° 2-0
	LUVA ESTERIL 8.5		1	FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	1,10	1	FIO ALGODÃO COM AGULHA N° <del>ataduras de</del>
1	LÂMINA BISTURI N° 24		1	FIO CATGUT SIMPLES N° <del>10cm</del> 15cm
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUÇÃO N°	100ml de	1	FIO CATGUT CROMADO N°
	DRENO DE TORAX N°		1	FIO PROLENE N° 30ml de duplo filamento 70%
1	DRENO DE PENROSE N°	100ml de duplo filamento 70%	1	FIO SEDA N° 100ml de duplo filamento 70%
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL
1	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSO 100ml de
1	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA N° 100ml de
1	SERINGA 10ML		1	GEOLANT 100ml
1	SERINGA 20ML		1	FIO C/ DIACA
1	100ml de		1	+ OUTROS: 100ml de clorotetraciclina digestível
1			1	+ 50ml de PUPIT Tópico
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		VALOR
	Luciano e Rebeca			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		SUB- TOTAL
	Socorro e Ovando	TAXA DE ANESTESIA		
				SOMA
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				



ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

## CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade:		Procedimento Realizado:		
Nome do Paciente: Aluizio Inácio da Silva Filho		IDADE:	SEXO: F ( ) M ( )	Nº do Prontuário	Data	
Bloco: A	Enfermaria: 112	Leito: 02	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Domingo L. Ovando		
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:						

**Dados dos materiais/Serviço**

MÉDICO CIRURGÃO: Dr. Wilson Montenegro

**1º AUXILIAR**

Dr. Marios Brunner P.

INSTRUMENTADOR: Dr. Francisco + Dr. Augusto

~~Dr. Augusto Cattaneo  
Médico Residente  
Cirurgião-Dentista  
CRM-SP 1.004~~

**MÉDICO CIRURGIÃO:**

## 1º AUXILIAR:

**INSTRUMENTADOR:**

**1º VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE**

## 2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Fone: (0xx95) 2121 0637  
E-mail: [enm.mh.hrr@mail.com](mailto:enm.mh.hrr@mail.com)

Nome: Adriano Júnior da Silva Filho Data de Nasc: 08/08/81 Idade: 38 Setor/Leito: 112 - 02  
Termo de Consentimento Cirurgia:  Sim  Não Termo de Consentimento Anestesia:  Sim  Não

Data: 25/91/19



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

112-2



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE:

Augusto Trajano da Silva Filho

DIAGNÓSTICO:

Fractura clavícula F

ALERGIAS:

IDADE:

ITEM

PREScrição

HAS

DM2

LEITO 112-2

DATA

25/11/13

HORARIO

1 DIETA ORAL LIVRE

S/N

2 ACESSO VENOSO PERIFERICO

MANTER

3 SF 0,9% 500ML EV S/N

S/N

4 DIPIRONA 500MG EV 6/6H S/N

S/N

5 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA

S/N

6 NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5

S/N

7 OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

S/N

8 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

S/N

9 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H S/N

S/N

10 *Titratil 200mg EV 12/12h*

17-65

11 *Citramoximida 600mg EV 6/6h*

12-14-17-18

12 *Ciprofloxacin 500mg EV 12/12h*

20-8

13

14

15

*Dr. Augusto Trajano da Silva Filho  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CEM-RR 1904*

16

17

18

19

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

20

SSVV + CCGG 8/6 H

21

CURATIVO DIÁRIO

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICRÍTICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSÉSQUELETICA, SEM  
QUEIXAS ALGICAS.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H	119x76	153	359	
24 H	118x74	70	-	

MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SERVIÇO SOCIAL - FICHA SOCIAL

Bloco: A - 112-2

01+

I - DADOS DO PACIENTE:

DESCONHECIDO: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SIM ( <input type="checkbox"/> ) NÃO	ENTRADA: / /
OBS: (COR/RAÇA, ESTATURA, VESTIMENTA...)	

II- IDENTIFICAÇÃO

NOME: Aluízio Maício da Silva  
DATA DE NASCIMENTO 08/08/81 IDADE 38 anos  
SEXO: (  ) FEM (  ) MASC (  ) TELEFONE:  
NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_ NATURALIDADE Caracaraí / RR  
ENDERECO Rua Cecília Meirelles  
Nº 372 BAIRRO Centro CIDADE Boa Vista  
ACOMPANHANTE NA UNIDADE Sun - entrada livre  
PARENTESCO: \_\_\_\_\_ CONTATO: Esposa Andreia 99120-2027  
POSSI DOCUMENTOS: (  ) SIM (  ) NÃO nos estou na Unidade  
APRESENTA ALGUMA DEFICIÊNCIA: SIM (  ) NÃO (  )  
QUAL? \_\_\_\_\_  
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? (  ) SIM (  ) NÃO (  ) BPC (  ) APOSENTADORIA (  ) AUXÍLIO  
DOENÇA (  )  
OUTROS: Em pregão Bupres ENB.

III- CONDUTA PROFISSIONAL/ACOMPANHAMENTO:

Aguardando ressarcimento da vítima de  
acidente de moto no interior Caracaraí  
BR 260 Vila São José.  
orientado beneficiário auxílio doença e  
movimentação de documentos para dinamar no  
pronto atendimento.

*Rosa S. Reis Rocha*  
Assistente Social  
CRESS N° 0141 27º Região

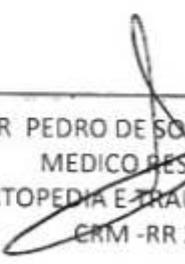
ASSISTENTE SOCIAL

DATA: 25/11/13



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE ALUIZIO INACIO DA SILVA			
AGNÓSTICO CLAVICULA E			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	112-2	DATA
ITEM	PREScrição		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO		
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN		
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h		
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT		
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM		
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDI		
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		
12			
13			
14			
15			
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
17	SSVV + CCGG 6/6 H		
18	CURATIVO DIÁRIO		
19			
20			
21			
<p><b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:          200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; <math>\geq 400</math>: 10 UI <b>E OU</b> GLICOSE <math>\leq</math> 70          DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>			
<p><b>EVOLUÇÃO MEDICA:</b>          ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  <b>#EXAME FÍSICO:</b> BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,          NORMOCORADO, HIDRATADO. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO DIA          6/11/19 A NOITE CM DRENAGEM DE SECREÇÃO PURULENTA DE COTOVELO E BRAÇO          DIREITO, SEGUE SEM QUEIXAS, COM MELHORA DO ARCO DE MOVIMENTO DE          COTOVELO DIREITO</p>			
<b>SINAIS VITAIS</b>		6 H	PA
		12 H	FC
		18 H	FR
		24 H	
 <b>DR. PEDRO DE SOUZA FAUSTO</b> MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM -RR 2028			



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE

*Aluizio Fábio da Silva*

ANOS,

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 11/11/19 COM

DIAGNÓSTICO DE Fratura de clavícula

NO DIA 25/11/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE

*Fratura de clavícula*

SENDO

OPERADO PELO DR. \_\_\_\_\_ E DR. \_\_\_\_\_

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 30/11/19 AS 10:00, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 1/12/19, AS 10:00, COM O  
DR. \_\_\_\_\_

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. Pedro de S. Pinto

*Dr. Pedro de S. Pinto*  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2028

BOA VISTA, 30/11/19

MÉDICO

Filuizio Inácio da Silva Filho

18 h PA: 116x77 mmHg P: 69 T: 35.5°C



Paciente: Aluizio Inacio Da Silva Filho

Solicitação: 20142851

Número Interno: 1901185268

Origem: HGR

Data de Emissão: 11/11/2019 14:58

Sexo: Masculino

Nasc: 08/08/1981

Idade: 38 ANO

Solicitante: PABLO CARABALLO ECHEVARRENA JUNIOR CRM-RR 1908

Setor: PAAR

Leito: SALA DE COLETA

Recebimento:

Amostra: 2014285101

### Resultado de Exame

#### DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado

0.85 mg/dL

Referência

0.7 - 1.4 mg/dL

#### Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas.

#### DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA SÉRICA (LDH)

Material: SORO

Métodologia: M13 - Cinético Uv

LDH

Resultado

413.64 U/L

Referência

200.0 - 480.0 U/L

#### DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado

104.13 mg/dL

Referência

60.0 - 99.0 mg/dL

#### DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

30.07 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL

*W. S. Kelly*

Monica Kelly Caledone  
Bioquímica  
CRF-RR 368

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cidino da Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 180

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

(\*) Reificado

11/11/2019 18:07

Página: 1 de 3



Hospital Geral de Roraima  
0xx95) 2121 0840  
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br

Av. Engenheiro Eduardo Gomes, 3308 -  
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU



GOVERNO  
DE RORAIMA

Paciente: Aluizio Inacio Da Silva Filho	Sexo: Masculino	Nasc: 08/08/1981	Idade: 38 ANO
Solicitação: 20142851	Número Interno: 1901185268	Solicitante: PABLO CARABALLO ECHEVARRENA JUNIOR CRM-RR 1908	
Origem: HGR	Setor: PAAR		Leito: SALA DE COLETA
Data de Emissão: 11/11/2019 14:58	Recebimento:		

### Resultado de Exame

Amostra: 2014285102

### HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

#### LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	$5.84 \times 10^3/\mu\text{L}$	4.0 - 10.0 $\times 10^3/\mu\text{L}$
NEUTRÓFILOS	59.60 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	33.90 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	4.40 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	1.60 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.50 %	0.0 - 1.0 %

#### ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	$4.52 \times 10^6/\mu\text{L}$	4.32 - 5.52 $\times 10^6/\mu\text{L}$
HEMOGLOBINA	15.00 g/dL	13.5 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	43.00 %	40.0 - 50.0 %
VCM	95.30 ug/L	87.0 - 103.0 ug/L
HCM	33.30 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	34.90 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	11.70 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	47.10 fL	35.0 - 56.0 fL

#### PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	$205.00 \times 10^3/\mu\text{L}$	150.0 - 400.0 $\times 10^3/\mu\text{L}$
VPM	9.40 fL	6.5 - 12.0 fL
AP	16.40	9.0 - 17.0
PCT	0.193 %	1.08 - 2.82 %

Sergio A. L. Martins  
Bioquímico - CRM/RR 006  
006

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRM - RR 160  
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

11/11/2019 18:07

(\*) Retificado  
Página 2 de 3



Hospital Geral de Roraima  
0xx95) 2121 0840  
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3305 -  
Aeroporto

NUCLEO DE LABORATORIO  
DO HGR

SESAU



GOVERNO  
DE RORAIMA

Paciente: Aluizio Inacio Da Silva Filho	Sexo: Masculino	Nasc: 08/08/1981	Idade: 38 ANO
Solicitação: 20142851	Número Interno: 1901185268	Solicitante: PABLO CARABALLO ECHEVARRENA JUNIOR CRM-RR 1908	
Origem: HGR	Setor: PAAR		Leito: SALA DE COLETA
Data de Emissão: 11/11/2019 14:58	Recebimento:		

#### Resultado de Exame

Amostra: 2014285103

### TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE B (HBSAG)

Material: SORO	Resultado	Referência
Métodologia: M24 - Imunocromatografia HBSAG	Não Reagente	NÃO REAGENTE

### TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE C

Material: SORO	Resultado	Referência
Métodologia: M24 - Imunocromatografia HCV	Não Reagente	NÃO REAGENTE

### TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Material: SORO	Resultado	Referência
Métodologia: M24 - Imunocromatografia	Não Reagente	NÃO REAGENTE
TESTE RÁPIDO 01		
CONCLUSÃO FINAL	AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA INFECÇÃO PELO HIV	AMOSTRA NÃO REAGENTE

#### Notas

Este laudo técnico está em acordo com o fluxograma 01 do manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV, aprovado pela portaria nº 29 do Ministério da Saúde de 2013.

Os ensaios para o diagnóstico da infecção pelo HIV realizados pelo Núcleo de Laboratório são conduzidos usando os Kits Bioclin Tri-Line, lote 039 como TR 01 e o Kit Bio-Manguinhos TR-DPP do lote 178SI009Z como TR 02.

O diagnóstico NÃO REAGENTE para infecção pelo HIV no primeiro ensaio não descarta a possibilidade da infecção, devendo ser repetido após 30 dias na persistência da suspeita da infecção pelo HIV.

Resultados conclusivos de infecção pelo HIV em testes rápidos devem ser confirmados por meio da amplificação do RNA viral no exame de CARGA VIRAL da amostra do paciente.

Resultados REAGENTES para infecção pelo HIV no TR 01 e NÃO REAGENTE no TR2 não podem ser definidos pelo esquema diagnóstico empregado, devendo ser expressa Conclusão Diagnóstica como INCONCLUSIVO para infecção pelo HIV.

Quando a indeterminação do diagnóstico for atestada pelo esquema do fluxograma 01, sugerimos nova solicitação para submissão ao FLUXOGRAMA 03 (SOROLOGIA PARA HIV).

Não existe testes laboratoriais para diagnóstico de infecção pelo HIV que apresentem 100% de sensibilidade e especificidade, sendo plenamente plausível resultados falso Negativo, Falso positivo e Indeterminado ou Discrepantes na prática diária laboratorial.

Monna Kelly Celedone  
Bioquímico  
CRF-RR 368

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

(\*) Retificado

Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima  
Cox5 2121 0840.  
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br  
Av. Brigadier Eduardo Gomes, 3308 -  
Aeroporto

NUCLEO DE LABORATORIO  
DO HGR

SESAU



GOVERNO  
DE RORAIMA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO:

13/10/2016

REGISTRO  
GERAL

239717

NOOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATIVIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Portaria Presidencial - Decreto de 1978

2 VIA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

P 1

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
DATA DE EXPEDIÇÃO	12/02/2020
INSCRIÇÃO	232855
ALUÍZIO INÁCIO DA SILVA FILHO	
ALUÍZIO INÁCIO DA SILVA CLOTILDE DE SOUZA CARACARAI - RR 1º OF CARACARAI-RR	DATA DE NASCIMENTO 08/08/1981
CERTD NASC 6077 FLS 156 LIV A-15	PI/SEP:
737.834.472-91 2ª VIA	AMADEU ROCHA TRIÂNGULO LEI N° 7.116 DE 29/06/83
PROIBIDO PLASTIFICAR	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA	INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO Ovílio CRUZ
	Polegar Direito
 	
CARTERA DE IDENTIDADE	

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245273/20

**Vítima:** ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

**CPF:** 737.834.472-91

**CPF de:** Próprio

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

**Titular do CPF:** ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## 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

### ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO : 737.834.472-91

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: 31/08/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/08/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## PROCURAÇÃO

### **OUTORGANTE :**

NOME: Aluizio Inácio da Silve Fiallo  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: autonomo RG: 232855  
CPF: 737.834.472-91 ENDEREÇO: R. Eng. Lucílio  
BAIRRO: Jardim Floresta CIDADE: Bca Vista  
CEP: 695.315-238

VÍTIMA: Aluizio Inácio da Silve Fiallo  
CPF: 737.834.472-91 DATA DO ACIDENTE: 03.11.19  
NATUREZA:  DAMS  INVALIDEZ  MORTE

### **OUTORGADA :**

NOME: William Gonçalves França  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: autonomo  
Nº DO RG: 239917 ÓRGÃO EMISSOR: SSP- RR  
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16  
Nº CPF: 825.396.343-00  
ENDERECO: Rua CC 11 294 Jardim Moreira

### **PODERES:**

Para requerer o seguro DPVAT por invalido, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, 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.

Barroso de Maio de 2020

Aluizio Inácio da Silve Fiallo  
Assinatura

**Obs – Reconhecimento por autenticidade.**

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245273/20

**Vítima:** ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

**CPF:** 737.834.472-91

**CPF de:** Próprio

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

**Titular do CPF:** ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## 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

### ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO : 737.834.472-91

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: 31/08/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/08/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO