

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2947578420210107152336

Processo 0831721-90.2020.8.23.0010 ☆ - (25 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

Ocultar Movimentos:

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

Sequencial(Intervalo):

ao

Data do Movimento(Período):

à

Descrição:

6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6

500 por pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190596871

Vítima: GABRIEL GOMES SANTAREM

Data do Acidente: 05/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALERIA GOMES COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14993369



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190596871

Vítima: GABRIEL GOMES SANTAREM

Data do Acidente: 05/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), VALERIA GOMES COSTA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00087/00088 - carta_02 - INVALIDEZ

00330044



Carta nº 15014948

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJX8V ARZGB 5WD3Z Q5AQR





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 09 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190596871

Vítima: GABRIEL GOMES SANTAREM

Data do Acidente: 05/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALERIA GOMES COSTA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: VALERIA GOMES COSTA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003905

Conta: 0000015697-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

073.770.772-04

4 - Nome completo da vítima:

GABRIEL GOMES SANTAREM

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

5 - Nome completo:

VALERIA GOMES COSTA

6 - CPF:

987.008.712-49

7 - Profissão:

AUTONOMA

8 - Endereço:

RUA, BOA VISTA

9 - Número:

00226

10 - Complemento:

11 - Bairro:

NOVA CIDADE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.316-208

15 - E-mail:

RECUSOU

16 - Tel.(DDD):

9598122-7634

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:

VALERIA GOMES COSTA

18 - CPF do Representante Legal:

987.008.712-49

19 - Profissão do Representante Legal:

DO LAR

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: 3905

CONTA: 00015697

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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:

073.770.772-04

4 - Nome completo da vítima:

GABRIEL GOMES SANTAREM

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

5 - Nome completo:

VALERIA GOMES COSTA

6 - CPF:

987.008.712-49

7 - Profissão:

AUTONOMA

8 - Endereço:

RUA, BOA VISTA

9 - Número:

00226

10 - Complemento:

11 - Bairro:

NOVA CIDADE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.316-208

15 - E-mail:

RECUSOU

16 - Tel.(DDD):

9598122-7634

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:

VALERIA GOMES COSTA

18 - CPF do Representante Legal:

987.008.712-49

19 - Profissão do Representante Legal:

DO LAR

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: 3905

CONTA: 00015697

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 030829/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/09/2019 09:46 Data/Hora Fim: 16/09/2019 10:27
Delegado de Polícia: Alexsander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 05/06/2019 23:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: RUA: RIO SÃO FRANCISCO

Bairro: Bela Vista

Nº: 352

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VALÉRIA GOMES COSTA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Santa Luzia do

Sexo: Feminino

Profissão: Autônomo

Nome da Mãe: Joelina Gomes Costa

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA BOA VISTA

Bairro: NOVA CIDADE

Nº: 226

Nome Civil: GABRIEL GOMES SANTAREM (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 07/08/2013

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu nesta especializada para informar que na data, hora e local acima descrito, seu filho Gabriel Gomes Santarém, foi atropelado por uma motocicleta não identificada, que devido o acidente o menor sofreu lesão corporal, o mesmo foi socorrido por populares que estavam no local. Que não deseja representar criminalmente. Registro somente para fins do Seguro DPVAT. Era o relato.



Delegado de Polícia Civil: Alexsander Lopes da Silva
Impresso por: Emandes Ferreira Lima
Data de Impressão: 16/09/2019 10:27
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 030829/2019

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira
Agente de Polícia
Mat. 042000612

Ernandes Ferreira Lima
Agente de Polícia
Matrícula 42000612
Responsável pelo Atendimento

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



Delegado de Polícia Civil: Alexsander Lopes da Silva
Impresso por: Ernandes Ferreira Lima
Data de Impressão: 16/09/2019 10:27
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do RH ou/ASL:

3 - CPF da vítima:

073.770.772-04

4 - Nome completo da vítima:

GABRIEL GOMES SANTAREM

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

5 - Nome completo:

VALERIA GOMES COSTA

6 - CPF:

987.008.712-49

7 - Profissão:

AUTONOMA

8 - Endereço:

RUA, BOA VISTA

9 - Número:

00226

10 - Complemento:

11 - Bairro:

NOVA CIDADE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.316-208

15 - E-mail:

RECUSOU

16 - Tel. (DDD):

9558122-7634

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

VALERIA GOMES COSTA

18 - CPF do Representante Legal:

987.008.712-49

19 - Profissão do Representante Legal:

DO LAR

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 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 INCIDÊNCIA

☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INCIDÊNCIA (PAI, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POUQUANCA (Sempre em nome do titular. Assinatura necessária)

☐ CONTA CORRENTE (Toda a conta)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3905

CONTA: 00015697

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o código do banco)

(Informar o código do banco)

(Informe o código do banco)

(Informe o código do banco)

Autorizo a Seguradora LIDER a credenciar na rede de beneficiários informada, de acordo com a política de indenização/compensação do Seguro DPVAT a quem ela tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, o consentimento para a efetivação do crédito, quitação total do valor devido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou apresentando de autenticar a 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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, conforme já, em me submeter à análise médica competente, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da ocorrência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito ocorrido em 07/01/2020, conforme o disposto na Lei nº 197/74.

Declaro que esta autorização não significa desistência ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Se a vítima: ☐ é solteiro ☐ é casado ☐ é viúvo ☐ é separado ☐ é divorciado ☐ é separado judicialmente ☐ é viúvo ☐ é separado judicialmente ☐ é viúvo

24 - Grau de parentesco com a vítima:

25 - Vítima de sexo: ☐ masculino ☐ feminino

26 - Se a vítima de sexo: ☐ masculino ☐ feminino

27 - Vítima de sexo: ☐ masculino ☐ feminino

28 - Se a vítima de sexo: ☐ masculino ☐ feminino

29 - Se a vítima de sexo: ☐ masculino ☐ feminino

30 - Se a vítima de sexo: ☐ masculino ☐ feminino

31 - Se a vítima de sexo: ☐ masculino ☐ feminino

32 - Se a vítima de sexo: ☐ masculino ☐ feminino

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos meus beneficiários que eu apresentar e providenciar a documentação, quando desta, além de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento ou reembolso, além da responsabilização criminal em função do artigo 299 do Código Penal.

33 - Nome legítimo de quem assina o pedido (a roça)

34 - CPF legítimo de quem assina o pedido (a roça)

35 - Assinatura de quem assina o pedido (a roça)

36 - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 2020, 19/01/2020

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

ROTA: 17.0370

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
AGUA	10 M3	23.83
MULTA P/IMPONTUALIDADE	07/2019	0.47

20 SET 2019

26 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

¹ In: *Contemporary African Writers*, 404. See Wole - 1993.

TOTAL A PAGAR

24.30

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



82640000000-4 24300004001-0 00125848601-6 09201990003-1



	COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA CNPJ: 05.939.467/0001-15 Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610 FONE GERAL: 2121-2200	CONTA DE ÁGUA ATENDIMENTO 0800 280 9520
	MÊS/ANO: 09/2019	VENCIMENTO: 15/10/2019

MATRÍCULA: 00125848.6

FRANCINEI DE SOUZA SANTAREM
RUA BOA VISTA, NUM, 00226
NOVA CIDADE
BOA VISTA RR 69316-208

INSCRIÇÃO: 001.025.377.0160.000

ROTA: 17.0370

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1		10	NAO MEDIDO	15659144
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
					10
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
08/2019	10	07/2019	10	06/2019	10
05/2019	10	04/2019	10	03/2019	10

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
ÁGUA	10 M3	23,83
MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2019		0,47
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 20 SET 2019 GENTE SEGURADORA S/A		
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 26 SET 2019 GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RR		
O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.		TOTAL A PAGAR 24,30

PRazo PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.025.377.0160.000	09/2019	13	24,30	17.0370



82640000000-4 24300004001-0 00125848601-6 09201990003-1





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ROSÂNGELA NUNES MASULLO inscrito (a) no CPF 321.800.442 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GABRIEL GOMES SANTAREM inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.770.772 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GABRIEL GOMES SANTAREM inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.770.772 / 04 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.

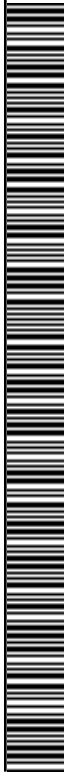
Endereço		Número	Complemento
AV. MANOEL FELIPE		1467	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
ASA BRANCA	BOA VISTA	RR	69.309-170
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
CANZAMASULLO@HOTMAIL.COM	95/98122-7634		95/58-4307



BOA VISTA, 17 de setembro de 2019
Local e Data

Rosângela Nunes Masullo
Assinatura do Declarante





PROJUDI - E-Servidor - 0831721-90.2020.8.23.0010 - Ref. mov. 6.2 - Assinado digitalmente por Joao Alves Barbosa Filho

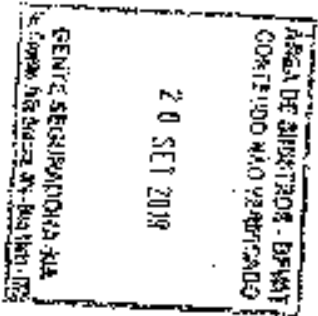
Código protocolo: 08211

Receber Enviar

08211



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde - SMSA
Hospital da Criança Santa Antônio



PRONTUÁRIO

68211



Cartão do SUS:

Data Nascimento: 07/08/2012

Sexo: M

Nome:

GABRIEL GOMES SANTAREM

Mãe:

VALERIA GOMES COSTA

Ocupação do pai e local de trabalho? **OPERADOR DE MÁQUINA (ARROZ EACCIO)**

Ocupação da mãe e local de trabalho? **AUTÔNOMA**

Possui outra fonte de renda? Qual? **NÃO**

Possui agregado(s) em casa? Sim () Não (☒) Parentesco: _____

Número de filhos: **02 (05 anos, 04 anos)**

Residência:

() Própria (☒) Alugada () Financiada () Cedida

Tipo de moradia:

(☒) Alvenaria () Madeira () Mista () Taipa

Quantos cômodos? **02**

Tipo de abastecimento da água?

(☒) Rede Pública () Poço () Outros

Esgoto sanitário?

(☒) Fossa Séptica () Fossa rudimentar () Esgoto sanitário () Outros

Situação Habitacional:

(☒) Bairro () Conj. Habitacional () Vilas/Vicinal () Sítio/Chácara () Com. Indígena

() Assentamento

Recebe algum Programa de Transferência de Renda

() Bolsa Família R\$ ____ () Crédito do Povo R\$ ____ (☒) Não recebe nenhum benefício () Outros

Renda Familiar:

() Menos de 1 salário mínimo (☒) 1 a 3 salários mínimos () 4 a 6 salários mínimos

*Número de filhos:

() Nascido vivos () Perdas fetais/abortos () Ignorado

*Tipo de gravidez:

() Única () Dupla () Tripla e mais () Ignorado

*Tipo de parto:

() Vaginal () Cesáreo () Ignorado

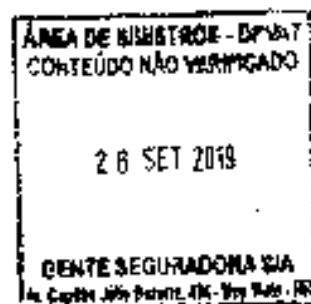
*Precedimento exclusivo para crianças maiores de 1 ano - informações sobre a mãe

V - CONDUZA PROFISSIONAL/ACOMPANHAMENTO:

Criança vítima de atropelamento por motociclista, segundo informações da genitora; estava de saída da igreja e o acidente ocorreu no momento em que o filho atravessou a rua para encontrá-la. Realizado orientações sobre o Seguro DPVAT com entrega de material informativo (folder). A genitora recebeu orientações sobre as normas e rotinas da unidade. OBS: A genitora não apresentou documento de identificação da criança.



Claudiane
Claudiane Costa Girão
Assistente Social
CRS 558415/SP-AMBA



() 030101004-6 () 030107004-0 PACT. NEUROLÓGICO () 080101004-7 C. NASCIMENTO



BOLETIM OPERATORIO

DATA: 5/6/19 O.S. _____

ÁREA DE SIGTROS - DMT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO SANTAREM

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de tíbia e fêmur da perna esquerda (E)

Indicação Terapêutica: Tratamento cirúrgico

Tip de intervenção: Quadril

Medicações e Acidentes: Ø

ÁREA DE SIGTROS - DMT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2019

Cirurgião: Dr. Bruno Figueiredo

Instrumentadora: _____

Anestesistas: ADONIARE

Anestesia: _____

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

ÁREA DE SIGTROS - DMT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2019

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1 Paciente em DDA + anestesia
 - 2 ASSEPSIA + ANTISEPSIA + campos estéreis
 - 3 Limpeza exaustiva c/ 10 litros de solução fisiológica da perna + alinhamento do eixo da perna
 - 4 Fechamento por planos + curativo
 - 5 TALIA Iguino pós-cirúrgica perna (E)
 - 6 RPA
- 5/6/19
- Data

Dr. Bruno Figueiredo - a Santa
Otorrinolaringologista + Traumatologista
RQE 50375/17483
CRM 1047

Assinatura

68



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO - HCSA

1/ Sistema

HORA DA ENTRADA: 11:00	DATA:
NOME DO PACIENTE: Gabriel Gomes Sanitarium	DATA NASC: 07/08/2012
SUS:	IDADE: 05
MAE: Valéria Gomes Costa	
ENDEREÇO: Rua Boa Vista nº 296	CIDADE: BOA VISTA
BAIRRO: Boa Vista	
TELEFONE: 984019597	
ACOMPANHANTE: mãe	
QUEIXA:	

SERVAÇÃO:	TEMPERATURA:
PESO: 20kg	
CLASSIFICAÇÃO: () VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL	

Breve Histórico/Observação/Dados Clínicos:

Paciente virou a adaptação, muito evoluído
com arte. entendo em. nervoso inferior

Exame físico

ex. Físico

Paciente pequeno, 20kg, corado. Hm. laranja. Hm. laranja

AC/M: 20. ATENÇÃO

Associe: Atípico

Hm. tríplice. entendo. Fm. laranja e ?

PRESCRIÇÃO CB, RX Remo 0.9-1 (EV)
① Dipirona 20mg (EV)
② Paracetamol 400mg (EV)
③ Siga 500mg (EV)
④ Ceftriaxona

Dr. Marcelo Marques
Médico de Geral
Onde a Tecnologia
Cria a Vida



Hospital da Criança Santo Antonio

Cód. Atendi. Paciente:

00179052 000006921 GABRIEL GOMES SANTANHEM

Data Nascimento: Idade:

07/08/2012

6

Unidade de Internação e Leito:

CNS:



Serviço Social

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☒ Visita ao Leito | ☐ Mediação de Conflitos | ☒ Acolhimento | ☐ Autorização |
| ☒ Escreva Qualificada | ☐ Viabilização | ☐ Visita Domiciliar | ☐ Relatório Situacional |
| ☐ Contato Familiar | ☒ Orientação | ☐ Visita Inst. | ☐ Busca Ativa |
| ☐ Contato Institucional | ☐ Articulação entre setores internos | ☐ Conserv. de Corpo | ☐ Reunião Multidisciplinar |
| ☐ Estudo de Caso | ☐ Encaminhamento | ☐ Registro Social | ☐ Declaração |
| ☐ Outras Demandas | ☐ Contra Referência | ☐ Entrevista Social | ☐ Palestra |
| | | ☐ Agendamento | ☐ Certidão de Nascimento |

Observações:

Cr. vítima de atropelamento ocasionado por motocicleta, internada no Bloco F. Realizado acolhimento e orientações referente ao plano de Segurança e ecorpa nas normas e rotinas da unidade. Preenchida a Ficha Social anexada ao prontuário.

Bom Vista - RR

SEXTA-FEIRA, 07 DE JUNHO DE 2019

VALERIA GOMES COSTA

Assinatura do Responsável

Claudiane Costa Giraó
Claudiane Costa Giraó

CLAUDIANE COSTA GIRAÓ Assistente Social GRESSY 5358
Assinatura e Carimbo

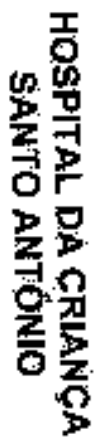
KIT PUNÇÃO VENOSA
KIT NEBULIZAÇÃO
KIT DEXTRO
KIT OXIGENOTERAPIA
KIT ASPIRAÇÃO
KIT SONDAGEM NASOGÁSTRICA
KIT SONDAGEM ENTERAL
KIT SONDAGEM VESICAL
KIT SONDAGEM SIMPLES
KIT SONDAGEM GRANDE
DIVERSOS
ÁGUA DESTILADA 10ml
SERINGA 20ml
SERINGA 10ml
SERINGA 05ml
SERINGA 03ml
SERINGA 1ml
EQUIPO MACROGOTAS COM INJETOR
EQUIPO MICROGOTAS COM INJETOR
AGULHA N°
GAZE (PACOTE)
ALCOOL 701%
JELCON°
MASCARA
LUVA DE PROCEDIMENTOS
GORRO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

Paciente recebendo do cc grs. procedimento limpar o
 local de Tala Iguina fidejico. Tem 1200, sobre do.
 Adquirindo de pinos e. u. com. 12000 (7)
 do oo paciente choro
 sobre do. Fisto de pinos.





**CONTROLE SINAIS VITAIS E
CONTROLE HIDRICO - UTIP**



Prefeitura Municipal de Boa Vista

Secretaria Municipal de Saúde

Nome: Leandro Gomes Santana Leito: 3
 Registro: 0
 Idade: 26 Data da internação na UTP: 12/05/2014

Data da intermissão na UTP:

Diagnóstico:	Febre de 2 dias
SINAIS VITAIS	

CONTROLE HÍBRICO	
GANHOS	PERDAS

CUIDADOS ESPECIAIS

**MASSINA ULTRA E
CARIIBBO**

HORA	Temp.	P.A.	F.C.	F.R.	SpO2	Dexta	Sond.	NRP	Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivado	Sedação	Correção de:	Fase de:	Diurese	Fazes	Sondas	Órgãos	Aspiração	RO2	PEEP	PIP	FAP	Oxigênio terapia	Dextros
07h																									
08h																									
09h																									
10h																									
11h																									
12h																									
13h																									
14h																									
15h																									
16h																									
17h																									
18h																									
19h																									
20h																									
21h																									
22h																									
23h																									
24h	36,2	90/60	90	21	98																				
01h	36,2	90/60	90	21	98																				
02h	36,2	90/60	90	21	98																				
03h	36,2	90/60	90	21	98																				
04h	36,2	90/60	90	21	98																				
05h	36,2	90/60	90	21	98																				
06h	36,2	90/60	90	21	98																				

Assinatura: _____

Carimbo: _____

Evolução de Enfermagem

Manhã:

Kit Pungão Venosa

Kit Nebulização

Cateter nasal (oxigenioterapia)

Sondagem Nasogástrica

Sondagem Enteral

Sondagem Vesical de alívio

Sondagem Vesical de demora

Curativo Grau I

Curativo Grau II

Retirada de Dreno de Torax

Retirada de Ponto

Lavegem Gástrica

Troca de sonda de gastrostomia

Bolsa de Colostomia (fechado)

Bolsa de Colostomia (drenável)

Outros:

Assinar se for que foi realizada a troca os materiais abaixo:

Noite: Rec. hidratação + atenuar

respiratória com oxigênio

oral + dieta + esse aumento de

respiratória + anestesia + repouso

de 24 horas + cuidados gerais de

de 24 horas

Assinar se for que foi realizada a troca os materiais abaixo:



Santo Antônio
Hospital de Criança

CONTROLE DE SINAIS VITAIS HÍDRICO

Secretaria Municipal
de Saúde - SMSA



Data: 06 / 06 / 2021 Nome: Gabriel Gomes Souto Bloco: E Leito: 53

Diagnóstico: Intussusceção Registro: Idade: 5 a Data de internação: 05 / 06 / 2021

CUIDADOS ESPECIAIS: SINAIS VITAIS

SINAIS VITAIS

CONTROLE HÍDRICO

GANHOS

PERDAS

CUIDADOS ESPECIAIS

Assinatura Legível
do Técnico de
Enfermagem

	HR	Temp	PA	FC	FR	SpO2	Dia	Sco	NPO	Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivados	Sedação	Correção de	Falha de	Digres	Peso	Serção gástrica	Vômitos (amarelo)	Sondas / Drenos	Aspiração	FlO2	PEEP	AP	FAP	Oxigenio:laradia	Temper	PAC
07h																												
08h																												
09h																												
10h																												
11h																												
12h																												
13h																												
14h																												
15h																												
16h																												
17h																												
18h																												
19h																												
20h																												
21h																												
22h																												
23h																												
24h																												
01h																												
02h																												
03h																												
04h																												
05h																												
06h																												
lignee																												
hora do banho																												

Exames e/ou recomendações:

10:30 10:30 10:30

Evolução de Enfermagem

Assinalar sempre que for realizado o procedimento ou quando trocar os materiais abaixo:

Paciente: Farda 141005 Menor em pré-op.
ele com o exame de pré-operatório, e o exame
com o KIT D (nebulização) e o de jejum
devido ao risco de hoje - Enf. Cláudia
15:00. Menor expulso, atividades
bom, o NIF mobilizado, sol. 90%
em sala de cirurgia

COELEN
14/01/2021
15:00
15:00

KIT Punção Venosa	
KIT Nebulização	
Cateter nasal (oxigenioterapia)	
Sondagem Nasogástrica	
Sondagem Enteral	
Sondagem Vesical de alívio	
Sondagem Vesical de diurese	
Curativo Grau I	
Curativo Grau II	
Retirada de Dreno de Tórax	
Retirada de Ponto	
Lavegem Gástrica	
Troca de sonda de gastrostomia	
Bolsa de Colectomia (fechado)	
Bolsa de Colectomia (drenável)	
Outros:	

folha:

Evolução de Enfermagem

Mānā:

Assinalar: sempre que for realizado o procedimento ou quando trocar os materiais abaixo.

Kit Puncção Venosa

Kütüphaneler

Catechol oxidase (laccase) (EC 1.10.3.2)

Schindler's List

ඉගැන්වුණා එහිදී:

Sondagem Vascular do Arterio

Dorothy Wescia de Oliveira

Caratteristiche Generali

આચાર્યશ્રી ડૉ. રામચંદ્ર મે.

Retirada de Drenio de Tórax

Rajivendra de Pömbö

உணவுப் பொருள் இயக்குகிற

Prova de sondagem de gastrostomia

Sols de Colostonia (fechado)

Bolsa de Colômbia (drenável)

Subs:

Moite:

Nome: Caroline de Medeiros da Rocha, rua Guirara
1055 - Direta, Trem de Inverno (3), Avul (no 1505)
Tricocia Brisa e Alva com MIE cinquenta e
Alva natural com Cinquenta e do Lente.

Sevilla, C. de Perfeccion
Encomienda de
Indiferente 2017-446



Secretaria Municipal
de Saúde - SMSA



!

Leite: 13

Asasmatrasa Leqivels do T6cnico de Enfermagem

HORA	Temp.	PA	FC	FR	SpO2	Dieta	Soro	NPO	CÂNIOS				PERDAS				CUIDADOS ESPECIAIS						Assinatura Legível do Técnico de Enfermagem																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
									Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivados	Sintomas	Correção de	Fase de	Glyrose	Fezes	Secreção Gástrica	Vômitos (Amarelo)	Sondas / Outros	Aspiração	FIO2	PEEP		PIP	FAP	Oxigenio terapia	Dextros	PVC																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
07h																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														



Evolução de Enfermagem

Manhã:

Tardi

14:00

Manhã

em

pre-op.

de

circunscrito

de

com

MTB

inibido

este

de

jejum

desde

do

do

do

do

do

do

do

do

do

do

do

As ☐ Jar sempre que for realizado o procedimento ou quando trocar os materiais abaixo:

Kit Punção Venosa

Kit Nebulização

Cateter nasal (oxigenoterapia)

Sondagem Nasogástrica

Sondagem Enteral

Sondagem Vesical de alívio

Sondagem Vesical de demora

Curativo Grau I

Curativo Grau II

Reúrida de Dreno de Tórax

Reúrida de Ponto

Lavagem Gástrica

Troca de sonda de gastrostomia

Bolsa de Colostomia (fechado)

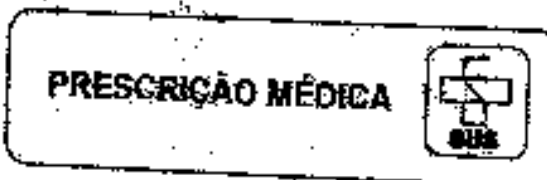
Bolsa de Colostomia (drainável)

Outros:

Noite:



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO



PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista

Secretaria Municipal de Saúde

NOME: SABRIL GOMES SANTANA

IDADE: 5 anos

PESO: 12 kg PRONTUÁRIO: _____

HD: _____

BLOCO: F LEITO: 13

Instituto Especial de Deixa (E)

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
5/6/19	① DIETA ORAL LÍQUIDA ② AUP ③ CEFTRIAXONA 1g c.v. 12/12 horas ④ OXACILINA 660mg c.v. 4/4 horas ⑤ DIPIRONA 660mg c.v. 6/6 horas s/n ⑥ IBUPROFENO 200mg c.v. 8/8 horas ⑦ ONDASETRONA 3mg c.v. 8/8 horas q/n ⑧ SINAIS VITAIS 6/6 horas ⑨ TRANSDOL 20mg + 50ml c.v. 8/8 horas q/n	SND Nóctua 24 12 06 08 10 14 18 22 00 06 NTE Rolme
	Dr. [Assinatura] Ass. Bloco F	

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
PREFEITURA BOA VISTA		PREFEITURA BOA VISTA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DH	DN
PACIENTE	GABRIEL GOMEZ SANTAREM		
DIAGNOSTICO	FX EXPOSTA OSSOS DA PERNA E		DR BRUNO F
ALERGIAS		PESO	20
IDADE	5	LEITO	F13
		DATA	10/06/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORARIO
	DIETA ORAL PARA IDADE		SND
	AVP		medica
	CEFTRIAXNA 1G EV 12/12HRS		LT. 24
	DIPIRONA 1ML EV 6/6H SN		SND
	ONDANSETRON 10ML EV 8/8HRS		3/4
	SSVV + CCGG 5/5 H		Rotina
	CURATIVO DIARIO		6/4/4
	OXACILINA 666MG EV 4/4HRS		10/14/17/20/23/26
CRIANÇA NO LEITO, ESTAVEL MANTENHO SUPORTE CLINICO RISCO + EX LAB 05/05 - Lenc 7.9, 210 9.1			
D			
SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista

Secretaria Municipal de Saúde

NOME: João Alves Barbosa Filho IDADE: 5
PESO: 10 PRONTUÁRIO: 10 MD: F BLOCO: F LEITO: 13

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
11/01/21	1. Dose 1ml para 10kg	SND
	2. ACP	manter
	3. Ceftriaxona 1000mg @ 12h	12h 24h
	4. Difenidramina 1mg/kg @ 6h	3h 9h
	5. Enox + cefepime 600mg @ 6h	Rotipon
	6. Amoxiclavina 800mg @ 6h	12h 18h 24h 30h
	7. Antibio D. 100mg	
	8. Antibio D. 100mg	
	9. Antibio D. 100mg	
	10. Antibio D. 100mg	
	11. Antibio D. 100mg	
	12. Antibio D. 100mg	
	13. Antibio D. 100mg	
	14. Antibio D. 100mg	
	15. Antibio D. 100mg	
	16. Antibio D. 100mg	
	17. Antibio D. 100mg	
	18. Antibio D. 100mg	
	19. Antibio D. 100mg	
	20. Antibio D. 100mg	
	21. Antibio D. 100mg	
	22. Antibio D. 100mg	
	23. Antibio D. 100mg	
	24. Antibio D. 100mg	
	25. Antibio D. 100mg	
	26. Antibio D. 100mg	
	27. Antibio D. 100mg	
	28. Antibio D. 100mg	
	29. Antibio D. 100mg	
	30. Antibio D. 100mg	

Prescritor: Dr. João Alves Barbosa Filho
Assinatura: [assinatura]
Data: 11/01/21

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO					
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE					
PREFEITURA BOA VISTA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE GABRIEL GOMEZ SANTAREM					
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA OSSOS DA PERNA E				DR BRUNO F	
ALERGIAS				PESO	20
IDADE	5	LEITO	F13	DATA	12/06/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
DIETA ORAL PARA IDADE					SW
AVP					SW
2.08	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS				SW 12
DIPIRONA 1ML EV 6/6H:SN					SW 12
ONDANSETRON 1.0ML EV 8/8HRS					SW 12
SSVV + CCGG 6/6 H					SW 12
CURATIVO DIÁRIO					SW 12
2.08	OXACILINA 666MG EV 4/4HRS				SW 12
CRIANÇA NO LEITO, ESTÁVEL MANTENHO SUPORTE CLÍNICO RISCO + EX LAB 09/06					
Dr. Marcelo Marques Médico Pediatra Otorrinolaringologista CRM 121578/RN					
D					
SINAIS VITAIS					
8 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					

13

21/06/2019





Santo Antônio
Hospital da Criança

Secretaria Municipal
de Saúde - SUS



RECEITUÁRIO

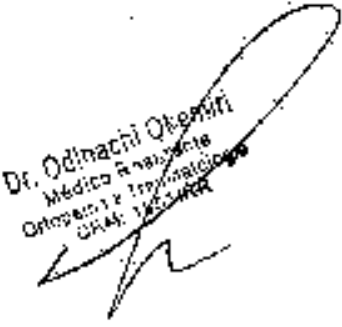
Nome Galvina Gomes Souto Idade 45 13
Endereço Bloco F Sexo: F ☒ M ☐

Alta anestesia

DATA 10/6/20

Assinatura e Rubrica do Médico

Av. das Guianas nº 1645 - 13 de Setembro CEP 69408-160 Boa Vista - RR
Fone: (68) 3198.2000 e-mail: hsc@saude.boavista.rr.gov.br
CNPJ: 06.945.630/0001-57

		HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO					
		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE					
		PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE	GABRIEL GOMEZ SANTAREM						
MAGNÓSTICO	FX EXPOSTA OSSOS DA PERNA E				DR BRUNO F		
ALERGIAS				PESO	20		
IDADE	5	LEITO	F13	DATA	15/06/2019		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
	DIETA ORAL PARA IDADE						
	AVP						
	CEFTRIAXNA 1G EV 12/12HRS						
	DIPIRONA 1MLEV 6/6H SN						
	ONDANSETRON 1.0MLEV 8/8HRS						
	SSVV + CCGG 6/6 H						
	CURATIVO DIARIO						
	OXACILINA 566MG EV 4/4HRS						
CRIANÇA NO LEITO, ESTAVEL MANTENHO SUPORTE CLINICO RISCO + EX LAB 09/06 ALTA HOSPITALAR							
 Dr. Odinaeli Oliveira Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM: 145.448							
SINAIS VITAIS							
6 H	PA	FC	FR				
12 H							
18 H							
24 H							



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

DATA/HORA

EVOLUÇÃO

10/06/19

GABRIEL GOMES SANTAREM, 5a

PSICOLOGIA (MANHÃ)

Atendimento a genitora
que encontra-se bastante
apreensiva diante a situação
do filho. A mesma foi orientada
sobre o papel de acompanhante
e equilíbrio emocional durante
a internação. No momento
o paciente estava tranquilo
e comunicativo.

Rivaldisa Barbosa Dantas
psicóloga
CRP 20/455



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIREÇÃO DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
PROTOCOLO

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA

1- Enfermagem confirma verbalmente com a Equipe:

- Nome do procedimento realizado. *Tratamento cirúrgico de fratura exposta M.E.*

- Se a contagem de compressas, instrumentos e agulhas estão corretas:

☒ SIM ☐ NÃO

2- Biópsias estão identificadas e com solicitações médicas?

☐ SIM ☐ NÃO

3- Houve algum problema com Equipamentos que devem ser resolvidos?

☐ SIM ☒ NÃO

- Cirurgião, Anestesiista e Enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória do paciente.

Observação:

Assinatura : _____

Disa C. Lopez
Enfermeira
COBEN 00000000000000000000



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIREÇÃO DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
PROTOCOLO

CHECKLIST QUE COMPÕE O PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA.

CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA:

- 1- Identificação do paciente: Gabriel Gomes Santana
- 2- Local da Cirurgia a ser feita: MIC
- 3- Procedimento a ser realizado: Tratamento cirúrgico de fratura do osso MIC
- 4- Consentimento informado realizado: ☒ SIM ☐ NÃO
- 5- Checagem do Equipamento Anestésico: ☒ SIM ☐ NÃO
- 6- Oxímetro de Pulso Instalado e Funcionando: ☒ SIM ☐ NÃO
- 7- O Paciente tem Alguma Alergia? ☐ SIM ☒ NÃO
- Sim, alergia a quê?
- 8- Há Risco de Via Aérea Difícil e/ou Broncoaspiração? ☐ SIM ☒ NÃO
- 9- Há Equipamentos disponíveis para atender intercorrências supracitadas? ☒ SIM ☐ NÃO
- 10- Há Risco de Perda Sanguínea > 500ml (7ml/Kg em Crianças)? ☐ SIM ☒ NÃO
- 11- Há acesso venoso e planejamento para reposição? ☒ SIM ☐ NÃO

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA:

- 1- Todos os Profissionais da Equipe Confirmam Nomes:
- Cirurgião: Dr. Bruno Cirurgião Auxiliar: Dr. Ronaldo R2
- Anestesista: Dr. Adenilson Instrumentador:
- Enfermeiro(a): Elza
- Técnicos de Enfermagem: Isabel - Ligonier
- 2- Antecipação de Eventos Críticos: Revisão do Cirurgião: ☒ SIM ☐ NÃO
Há passos críticos na cirurgia ☐ SIM ☒ NÃO
- 3- Qual sua duração estimada? ☐ 1 Hora ☐ 2 Horas ☐ 3 Horas ☒ Outras
- 4- Há possíveis perdas sanguíneas? ☐ SIM ☒ NÃO
- 5- Revisão do Anestesista:
- Há alguma preocupação em relação ao Paciente? ☐ SIM ☒ NÃO
- 6- Revisão da Enfermagem:
- Houve Correta esterilização do instrumental cirúrgico? ☒ SIM ☐ NÃO
- Há alguma preocupação em relação aos equipamentos? ☐ SIM ☒ NÃO
- 7- O Antibiótico Profilático foi administrado nos últimos 60 minutos?
☒ SIM ☐ NÃO
- 8- Exames de Imagem estão disponíveis? ☒ SIM ☐ NÃO

Alergia: @ HRP: @ jejum > 6h.		FICHA ANESTÉSICA		Prof. Municipal de Boa Vista	
HOSPITAL DA GRANJA SANTO ANTONIO					
PÉ-ANESTESIA - DOSE - HORA EFETO		Nome: Gabriel Gomes Santarém 05 anos 20 Kg			
14		Prontuário			
15		16			
17		18			
19		20			
21		22			
23		24			
25		26			
27		28			
29		30			
31		32			
33		34			
35		36			
37		38			
39		40			
41		42			
43		44			
45		46			
47		48			
49		50			
51		52			
53		54			
55		56			
57		58			
59		60			
61		62			
63		64			
65		66			
67		68			
69		70			
71		72			
73		74			
75		76			
77		78			
79		80			
81		82			
83		84			
85		86			
87		88			
89		90			
91		92			
93		94			
95		96			
97		98			
99		100			
101		102			
103		104			
105		106			
107		108			
109		110			
111		112			
113		114			
115		116			
117		118			
119		120			
121		122			
123		124			
125		126			
127		128			
129		130			
131		132			
133		134			
135		136			
137		138			
139		140			
141		142			
143		144			
145		146			
147		148			
149		150			
151		152			
153		154			
155		156			
157		158			
159		160			
161		162			
163		164			
165		166			
167		168			
169		170			
171		172			
173		174			
175		176			
177		178			
179		180			
181		182			
183		184			
185		186			
187		188			
189		190			
191		192			
193		194			
195		196			
197		198			
199		200			
201		202			
203		204			
205		206			
207		208			
209		210			
211		212			
213		214			
215		216			
217		218			
219		220			
221		222			
223		224			
225		226			
227		228			
229		230			
231		232			
233		234			
235		236			
237		238			
239		240			
241		242			
243		244			
245		246			
247		248			
249		250			
251		252			
253		254			
255		256			
257		258			
259		260			
261		262			
263		264			
265		266			
267		268			
269		270			
271		272			
273		274			
275		276			
277		278			
279		280			
281		282			
283		284			
285		286			
287		288			
289		290			
291		292			
293		294			
295		296			
297		298			
299		300			
301		302			
303		304			
305		306			
307		308			
309		310			
311		312			
313		314			
315		316			
317		318			
319		320			
321		322			
323		324			
325		326			
327		328			
329		330			
331		332			
333		334			
335		336			
337		338			
339		340			
341		342			
343		344			
345		346			
347		348			
349		350			
351		352			
353		354			
355		356			
357		358			
359		360			
361		362			
363		364			
365		366			
367		368			
369		370			
371		372			
373		374			
375		376			
377		378			
379		380			
381		382			
383		384			
385		386			
387		388			
389		390			
391		392			
393		394			
395		396			
397		398			
399		400			
401		402			
403		404			
405		406			
407		408			
409		410			
411		412			
413		414			
415		416			
417		418			
419		420			
421		422			
423		424			
425		426			
427		428			
429		430			
431		432			
433		434			
435		436			
437		438			
439		440			
441		442			
443		444			
445		446			
447		448			
449		450			
451		452			
453		454			
455		456			
457		458			
459		460			
461		462			
463		464			
465		466			
467		468			
469		470			
471		472			
473		474			
475		476			
477		478			
479		480			
481		482			
483		484			
485		486			
487		488			
489		490			
491		492			
493		494			
495		496			
497		498			
499		500			
501		502			
503		504			
505		506			
507		508			
509		510			
511		512			
513		514			
515		516			
517		518			
519		520			
521		522			
523		524			
525		526			
527		528			
529		530			
531		532			
533		534			
535		536			
537		538			
539		540			
541		542			
543		544			
545		546			
547		548			
549		550			
551		552			
553		554			
555		556			
557		558			
559		560			
561		562			
563		564			
565		566			
567		568			
569		570			
571		572			
573		574			
575		576			
577		578			
579		580			
581		582			
583		584			
585		586			
587		588			
589		590			
591		592			
593		594			
595		596			
597		598			
599		600			
601		602			
603		604			
605		606			
607		608			
609		610			
611		612			
613		614			
615		616			
617		618			
619		620			
621		622			
623		624			
625		626			
627		628			
629		630			
631		632			
633		634			
635		636			
637		638			
639		640			
641		642			
643		644			
645		646			
647		648			
649		650			
651		652			
653		654			
655		656			
657		658			
659		660			
661		662			
663		664			
665		666			
667		668			
669		670			
671		672			
673		674			
675		676			
677		678			
679		680			
681		682			
683		684			
685		686			
687		688			
689		690			
691		692			
693		694			
695		696			
697		698			
699		700			
701		702			
703		704			
705		706			
707		708			
709		710			
711		712			
713		714			
715		716			
717		718			
719		720			
721		722			
723		724			
725		726			
727		728			
729		730			
731		732			
733		734			
735		736			
737		738			
739		740			
741		742			
743		744			
745		746			
747		748			
749		750			
751		752			
753		754			
755		756			
757		758			
759		760			
761		762			
763		764			
765		766			
767		768			
769		770			
771		772			
773		774			
775		776			
777		778			
779		780			
781		782			
783		784			
785		786			
787		788			
789		790			
791		792			
793		794			
795		796			
797		798			
799		800			
801		802			
803		804			
805		806			
807		808			
809		810			
811		812			
813		814			
815		816			
817		818			
819		820			
821		822			
823		824			
825		826			
827		828			
829		830			
831		832			
833		834			
835		836			
837		838			
839		840			
841		842			
843		844			
845		846			
847		848			
849		850			
851		852			
853		854			
855		856			
857		858			
859		860			
861		862			
863		864			
865		866			
867		868			
869		870			
871		872			
873		874			
875		876			
877		878			
879		880			
881		882			
883		884			
885		886			
887		888			
889		890			
891		892			
893		894			
895		896			
897		898			
899		900			
901		902			
903		904			
905		906			
907		908			
909		910			
911		912			
913		914			
915		916			
917		918			
919		920			
921		922			
923		924			
925		926			
927		928			
929		930			
931		932			
933		934			
935		936			
937		938			
939		940			
941		942			
943</					

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://arqjdi.tjr.jus.br/projdi/> - Identificador: P1X8V AR7GB 5W



 HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO	RELATÓRIO CENTRO CIRURGICO	 Secretaria Municipal de Saúde Prefeitura Municipal de Boa Vista
---	---------------------------------------	--

BOLETIM OPERATORIO

DATA: 14/06/19 Q.S. _____

Guilherme Carlos Santana

Diagnóstico Pré-Operatório

Indicação Terapêutica

Tipo de intervenção

Medicações e Acidentes

Cirurgião

Instrumentação

Anestesistas

Anestesia

Início

1º Auxiliar

Fim

Duração

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em V.D. it. Sob anestesia
- 2) Acesso a artéria femoral
- 3) Retirada intracavitária do fígado com o. p. p. p.
- 4) Colocação de fuso supra-púbico
- 5) RPA

ÁREA DE MINISTROS - DPMS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capote João Duarte, 404 - Boa Vista - RJ

Dr. Osmar Osmar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 157118

Assinatura



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

RELATÓRIO CENTRO
CIRÚRGICO



Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Boa Vista

BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: 14/06/19 O.S.

Gabriel Gomes Santarem

Diagnóstico Pré-Operatório

Fratura Das Ossas De Perna (E)

ação Terapêutica

Redução imediata da fratura de perna (E) +
fixação interna - pedaleira

Tipo de intervenção

Medicações e Acidentes

Cirurgião

Dr. Jonathan

1º Auxiliar

Dr. Alexandre R.

Instrumentadora

Anestesiista

Anestesia

Início

Fim

Duração

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Paciente em V.D.H. Sob anestesia
2) fazer e interpretar
3) Redução imediata da fratura das ossas da perna
4) colocação de fixação interna - pedaleira
5) RPA

Dr. Edinachi Oliveira
Médico Reumatologista
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 189118

Assinatura

14/06/19

Data



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

FICHA DE MATERIAL DE
CONSUMO EM CIRURGIA



NOME DO PACIENTE <i>Gabriel Gomes Santana</i>	APTº LEITO	Nº PRONTUÁRIO	DATA <i>06/06/19</i>
CIRURGIA TIPO <i>1º cirurgia de fratura exp. n.e.</i>	TEMPO DE DURAÇÃO	INÍCIO <i>07:00</i>	FIM <i>08:13</i>
EQUIPE MÉDICA	TEMPO TOTAL <i>01:13</i>		
CIRURGIÃO <i>Dr. Bruno</i>	ANESTÉSISTA <i>Dr. Ademias</i>		
1º AUXILIAR <i>Dr. Marcelo</i>	INSTRUMENTADOR		
2º AUXILIAR	CIRCULANTE		

TIPO DE ANESTESIA			TEMPO DE DURAÇÃO		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATUT SIMPLES Nº			HORAS DE OXIGÊNIO <i>continuas</i>	
	CATUT SIMPLES Nº		1	FRASCOS SORO FISIOLÓGICO % CC	250
	VICRYL		21	FRASCO SORO FISIOL. 300	
	CATUT			FRASCO SORO GLICOSADO % CC	
	CATUT CROMADO Nº			FRASCO SORO GLICOSA % CC	
	CATUT CROMADO Nº			XYLOCAINA % CC	57
	CATUT ATRAUMÁTICO RETO			ALGODÃO	
	CATUT ATRAUMÁTICO CURVO			JELCO	
	FIOS SEDA Nº			PUPI ALCOOL	
	FIOS DE ALGODÃO Nº			POLVIDINE DEGERMANTE	30 ml
1	MONONYLON 4/ AGULHA 3/0			ALCOOL 70%	50 ml
	MONONYLON 5/ AGULHA			POLVIDINE TÓPICO	
1	UNIDADE DE GAZE <i>peito</i>			GLICOSE %	
	PARIS DE LUVA Nº			ATADURA DE CREPON Nº	20
	EQUIPOS P/ SORO			ATADURA GESSADA Nº	
	ROLOS DE ESPARADRAPO			ÁGUA OXIGENADA	
	DRENOS Nº			ALGODÃO ORTOPÉDICO Nº	20
	SONDAS Nº			<i>seringas 3 ml - 10 ml</i>	
1	AGULHAS <i>p/ neuroanestesia</i>		12	<i>elásticos de</i>	
1	COMPRESSAS <i>pele</i>		1	<i>cateter O2</i>	
1	LÂMINAS P/ BISTURI Nº 13				

SOMA DOS MATERIAIS

SOMA DOS MEDICAMENTOS

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

ATENÇÃO: ESCREVA NO VERSO SE NECESSÁRIO



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

FICHA DE MATERIAL DE
CONSUMO EM CIRURGIA



Id. 50 P. ± 20kg

NOME DO PACIENTE	Gabriel Gomes Bastian	APTº LEITO	Nº PRONTUÁRIO	DATA	24/06/19
CIRURGIA/TIPO	Redução de fratura de ulna + Gesso	TEMPO DE DURAÇÃO	INÍCIO	FIM	14:52 15:03
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	Dr. Jonathan	ANESTESISTA	Dr. Celso Wanderlei		
1º AUXILIAR	Dr. Adinarta	INSTRUMENTADOR	Giovane		
2º AUXILIAR	-	CIRCULANTE	Regelina + Jaderian		

TIPO DE ANESTESIA	General Alveolar (14:48)	TEMPO DE DURAÇÃO			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATUTG SIMPLES Nº			HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATUTG SIMPLES Nº			FRASCOS SORO FISIOLÓGICO % CC	250
	VICRYL			FRASCO SORO	
	CATUTG			FRASCO SORO GLICOSADO % CC	
	CATUTG CROMADO Nº			FRASCO SORO GLICOSA % CC	
	CATUTG CROMADO Nº			XYLOCAJNA % CC	
	CATUTG ATRAUMÁTICO RETO			ALGODÃO	
	CATUTG ATRAUMÁTICO CURVO			JELCO	
	FIOS SEDA Nº			PURI ALCOOL	
	FIOS DE ALGODÃO Nº			POLVIDINE DEGERMANTE	
	MONONYLON C/ AGULHA			ALCOOL 70%	
	MONONYLON S/ AGULHA			POLVIDINE TÓRICO	
	UNIDADE DE GAZE			GLICOSE %	
	PARIS DE LUVA Nº			ATADURA DE CREPOM Nº	
	EQUIPOS P/ SORO clatg. mado	15		ATADURA GESSADA Nº 15 cm	
	RÓLOS DE ESPARADRAPO			ÁGUA OXIGENADA	
	DRENOS Nº	12		ALGODÃO ORTOPÉDICO Nº 20 cm	
	SONDAS Nº	12		Eletrodo	
	AGULHAS			Pinça 10 ml 20/1	
	COMPRESSAS				
	LÂMINAS P/ BISTURI				

SOMA DOS MATERIAIS

SOMA DOS MEDICAMENTOS

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

ATENÇÃO: ESCREVA NO VERSO SE NECESSÁRIO

ANEXO

SUS		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						4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE							
Identificação do Paciente						6 - Nº DO PROTOCOLO	
5 - NOME DO PACIENTE						10 - RACÃO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						10.1 - ETNIA	
8 - DATA DE NASCIMENTO						11 - SEXO	
9 - NOME DA MÃE						12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL						14 - TELEFONE DE CONTATO	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)						16 - UF	
17 - CID - JERG MUNICIPAL						18 - CEP	
19 - CID - JERG MUNICIPAL						20 - CID - JERG MUNICIPAL	
21 - CID - JERG MUNICIPAL						22 - CID - JERG MUNICIPAL	
23 - CID - JERG MUNICIPAL						24 - CID - JERG MUNICIPAL	
25 - CID - JERG MUNICIPAL						26 - CID - JERG MUNICIPAL	
27 - CID - JERG MUNICIPAL						28 - CID - JERG MUNICIPAL	
29 - CID - JERG MUNICIPAL						30 - CID - JERG MUNICIPAL	
31 - CID - JERG MUNICIPAL						32 - CID - JERG MUNICIPAL	
33 - CID - JERG MUNICIPAL						34 - CID - JERG MUNICIPAL	
35 - CID - JERG MUNICIPAL						36 - CID - JERG MUNICIPAL	
37 - CID - JERG MUNICIPAL						38 - CID - JERG MUNICIPAL	
39 - CID - JERG MUNICIPAL						40 - CID - JERG MUNICIPAL	
41 - CID - JERG MUNICIPAL						42 - CID - JERG MUNICIPAL	
43 - CID - JERG MUNICIPAL						44 - CID - JERG MUNICIPAL	
45 - CID - JERG MUNICIPAL						46 - CID - JERG MUNICIPAL	
47 - CID - JERG MUNICIPAL						48 - CID - JERG MUNICIPAL	
49 - CID - JERG MUNICIPAL						50 - CID - JERG MUNICIPAL	
51 - CID - JERG MUNICIPAL						52 - CID - JERG MUNICIPAL	
53 - CID - JERG MUNICIPAL						54 - CID - JERG MUNICIPAL	
55 - CID - JERG MUNICIPAL						56 - CID - JERG MUNICIPAL	
57 - CID - JERG MUNICIPAL						58 - CID - JERG MUNICIPAL	
59 - CID - JERG MUNICIPAL						60 - CID - JERG MUNICIPAL	
61 - CID - JERG MUNICIPAL						62 - CID - JERG MUNICIPAL	
63 - CID - JERG MUNICIPAL						64 - CID - JERG MUNICIPAL	
65 - CID - JERG MUNICIPAL						66 - CID - JERG MUNICIPAL	
67 - CID - JERG MUNICIPAL						68 - CID - JERG MUNICIPAL	
69 - CID - JERG MUNICIPAL						70 - CID - JERG MUNICIPAL	
71 - CID - JERG MUNICIPAL						72 - CID - JERG MUNICIPAL	
73 - CID - JERG MUNICIPAL						74 - CID - JERG MUNICIPAL	
75 - CID - JERG MUNICIPAL						76 - CID - JERG MUNICIPAL	
77 - CID - JERG MUNICIPAL						78 - CID - JERG MUNICIPAL	
79 - CID - JERG MUNICIPAL						80 - CID - JERG MUNICIPAL	
81 - CID - JERG MUNICIPAL						82 - CID - JERG MUNICIPAL	
83 - CID - JERG MUNICIPAL						84 - CID - JERG MUNICIPAL	
85 - CID - JERG MUNICIPAL						86 - CID - JERG MUNICIPAL	
87 - CID - JERG MUNICIPAL						88 - CID - JERG MUNICIPAL	
89 - CID - JERG MUNICIPAL						90 - CID - JERG MUNICIPAL	
91 - CID - JERG MUNICIPAL						92 - CID - JERG MUNICIPAL	
93 - CID - JERG MUNICIPAL						94 - CID - JERG MUNICIPAL	
95 - CID - JERG MUNICIPAL						96 - CID - JERG MUNICIPAL	
97 - CID - JERG MUNICIPAL						98 - CID - JERG MUNICIPAL	
99 - CID - JERG MUNICIPAL						100 - CID - JERG MUNICIPAL	

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJX8V ARZGB 5WD3Z Q5AQR

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJX8V ARZGB 5WD3Z Q5AQR



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: P1X8V ARZGB 5W





Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital de Ensino Santo Antônio
Laboratório de Análises Clínicas
"União é a força de todos os povos"



Paciente: Gabriel Gomes Santarem	Sexo: Masculino	Nascimento: 07/08/2012	Idade: 7 ANO
Solicitação: 33036286	Numero Interno:	Solicitante: DIONACHY DOCHUKWU OKEMIRI ORIMARR 1851	
Origem: HCSA		Sector: Bloco F	Leito: 18513
Data de Emissão: 09/08/2019 11:47		Recebimento:	

Resultado do Exame

Amostra: 3000823603

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automação (bc-5380)

LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	$7.90 \times 10^9/\mu\text{L}$	$4.0 - 10.0 \times 10^9/\mu\text{L}$
NEUTRÓFILOS	52.00 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	32.00 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	2.00 %	5.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	14.00 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.00 %	0.0 - 1.0 %

HEMATOGRAMA

	Resultado	Referência
ERITRÓCITOS	$3.81 \times 10^{12}/\mu\text{L}$	$4.02 - 5.52 \times 10^{12}/\mu\text{L}$
HEMOGLOBINA	9.70 g/dL	13.0 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	28.70 %	40.0 - 50.0 %
MCV	75.60 ug/L	87.2 - 103.0 ug/L
HCM	25.90 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	33.80 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	11.70 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	39.30 fL	35.0 - 58.0 fL

PLAQUETÓGRAMA

	Resultado	Referência
PLAQUETAS	$322.00 \times 10^9/\mu\text{L}$	$150.0 - 400.0 \times 10^9/\mu\text{L}$
VPM	7.20 fL	8.0 - 12.0 fL
APF	15.40	9.0 - 17.0
PCT	0.232 %	1.00 - 2.80 %

Dr. Juliana Cristina Ferreira
Hematologista - Hematologista
CRM - RJ 057

Responsável Técnico: Valdo Bruno Mendes Góes - Inscrição: 1 Adm - CRM - RJ 021
Data: 09/08/2019 por resultado negativo com a pessoa

09/08/2019 11:47

Impressão:
Página 5 de 7



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital de Criança Santo Antônio
Laboratório de Análises Clínicas
"Ativamos mão à mão e cuidamos do sorriso das crianças"



Paciente: Gabriel Gomes Santarem	Sexo: Masculino	Nasc: 07/08/2012	Idade: 7 ANO
Solicitação: 30038300	Número interno:	Solicitante: ODINAZHI UDQCHURMU OKEVIRI CRM-RR 1861	
Origem: HGSA		Setor: Bloco F	Leito: Leito 18
Data de Emissão: 08/09/2019 13:26		Recebimento:	

Resultado do Exame

Amostra: 3003830001

DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE

Materia: OBSERVACIONAL	Resultado	Referência
Métodologia: M35 - Tempo De Duke	1'45" Min	1.0 - 4.0 Min
TEMPO DE SANGRA		

TEMPO DE COAGULAÇÃO

Materia: SANGUE TOTAL	Resultado	Referência
Métodologia: M3B - Lee White	4'00" Min	4.0 - 10.0 Min
DETERMINAÇÃO DO COAGULO		



Dr. João Orlando Falcão
Farmacêutico - Bloqu Coast
CRM - RR 067

Responsável Técnico: João Paulo Barbosa - Responsável Técnico - CRM - 191211
CRM - 191211 em exercício regular de função

08/09/2019 13:26

Dr. Falcão
Página: 1 de 1

Av. dos Guirapós, 1645 - 17 de Setembro - Boa Vista - RR - CEP: 360-130
Fone: (95) 222-3000 - Email: jbarbosa@gnod.com



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital de Referência Santo Antônio
Laboratório de Análises Clínicas
Rua Manoel de Medeiros, 1445 - Boa Vista - RR



Paciente: Gabriel Gomes Santarain	Sexo: Masculino	Nasc: 07/08/2012	Idade: 7 ANO
Solicitação: 30032235	Número Interho: 	Solicitante: ODINACHI UNOCHUKWU OKEMIRI GRM-RR 1851	
Origem: HCSA	Setor: Bloco F	Leito: Leito 13	
Data de Entrega: 05/06/2019 11:47	Recebimento: 		

Resultado de Exame

Amostra: **3003223501**

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: **PLASMA**

Métodologia: **M31 - Indeterminada**

TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado

14,0 seg

Referência

10,0 - 14,0 seg

INR

1,08

0,8 - 1,2

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

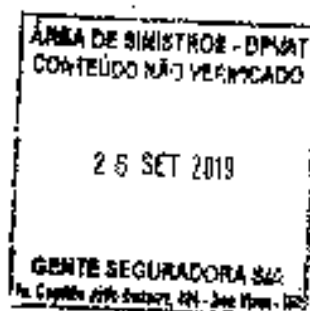
35 seg.

25,0 - 39,0 seg

Notas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos exames de coagulograma e por esse razão não pode garantir a entrega presencial.

Amostras coletadas sob circunstância esbarrantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.



Dra. Juliana Cristina Ferreira
Farmacêutica - Bioquímica
CRF - RR 037

Responsável Técnico: **Walter Paulo Furtado Gomes** - Responsável Técnico - CRF - RR 011
Outro Usuário de Resultado: **medicamento@ig.com.br**

05/06/2019 11:47

05/06/2019
Página 1 de 3

Av. das Gêmeas, 1645 - 23 de Setembro - Boa Vista - RR - CEP: 69.305-130
Fone: (95) 3198-3000 - Email: labclinica@ig.com.br



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital da Criança Santo Antônio
Laboratório de Análises Clínicas
"Nossa missão é cuidar da saúde das crianças"



Paciente: Gabriel Gomes Santarem	Sexo: Masculino	Nasc: 07/08/2012	Idade: 7 ANO
Solicitação: 30036295	Número Interno:	Solicitante: COINASHI UDOCHI (KAMI OKEMIRI) CRM-RS 1861	
Origem: HC/SA	Satur: Saco F	Leito: Leito 13	
Data de Emissão: 07/09/2016 11:47	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 3003629502

DOSAGEM DE CREATININA

Materiais: SORO

Metodologia: M11 - Clíntica, Método Alcalino

CREATININA

Resultado

0,59 mg/dL

Referência

0,7 - 1,3 mg/dL

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém ex-cesos de hospitalizados reconhecidos se um jejum mínimo de 4 horas.

DOSAGEM DE GLICOSE

Materiais: SORO

Metodologia: M01 - Enzimática Colorimétrica (glicose-oxidase)

GLICOSE SABA

Resultado

100,31 mg/dL

Referência

60,0 - 99,0 mg/dL

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Materiais: SORO

Metodologia: M12 - Clíntica Ur (urease)

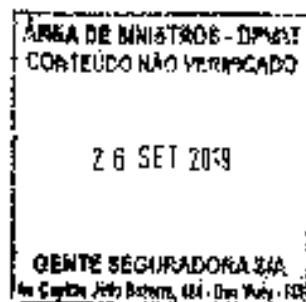
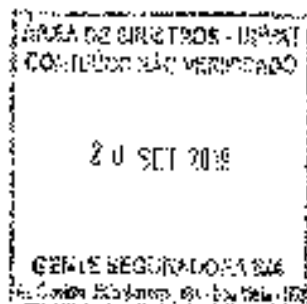
URÉIA

Resultado

21,87 mg/dL

Referência

16,0 - 40,0 mg/dL



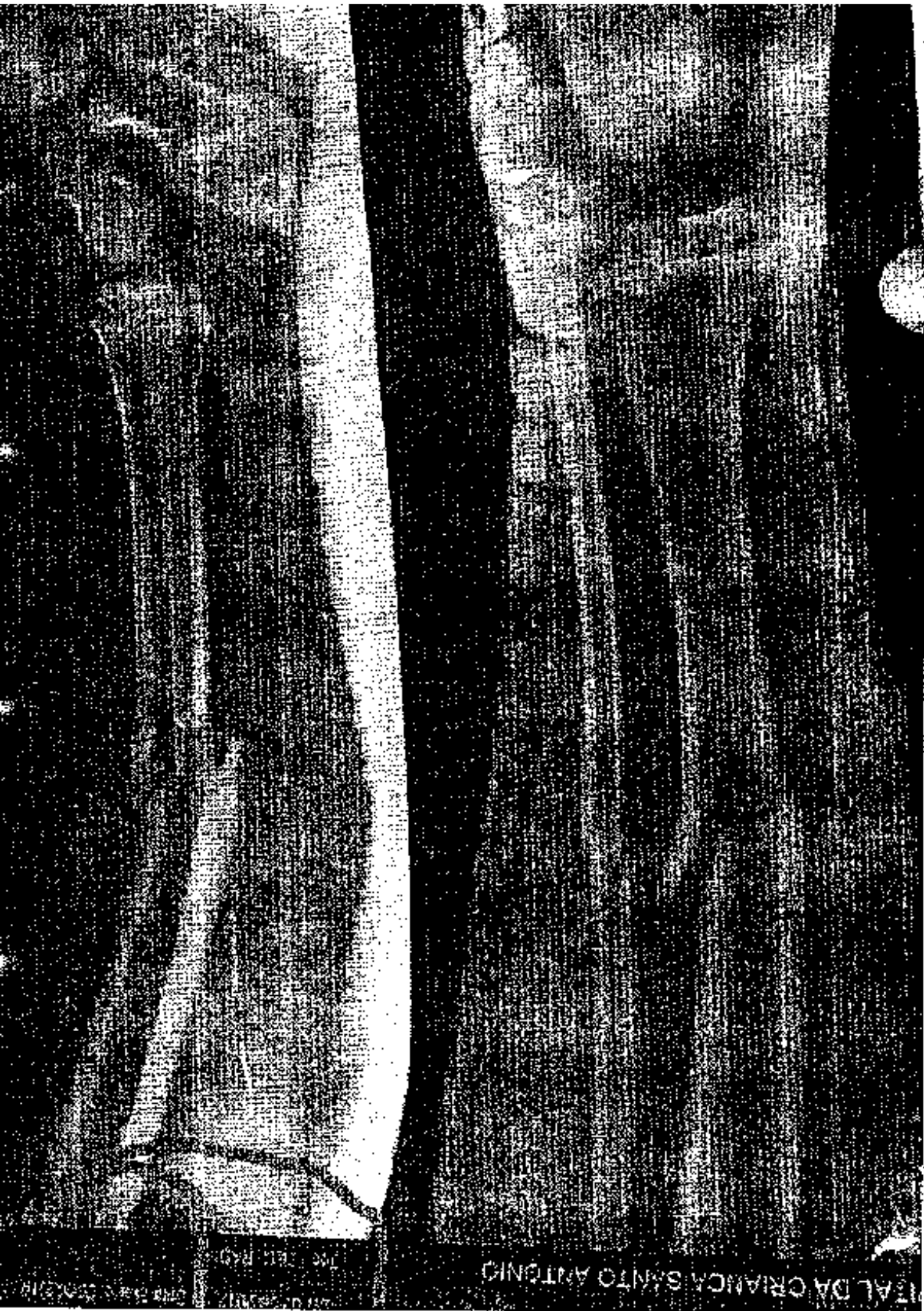
Dr. Alvaro Andrade Corrêa
Biomédico
CRM - PA 575

Responsável Técnico: Wellington Nunes Pereira GARCIA - CRM: 201431
Data: 03/09/2016 10:00:00 - Assinado digitalmente por Joao Alves Barbosa Filho

000000000000

C1 Prologon
Página: 2 de 3





FL. GOMES

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO

125

TERNA AP

34 1 10



GABRIEL GOMES

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO

DN: 07/09/2012

Data Exat: 07/09/2012 07:07:48

Tec: TEC. RADICI.

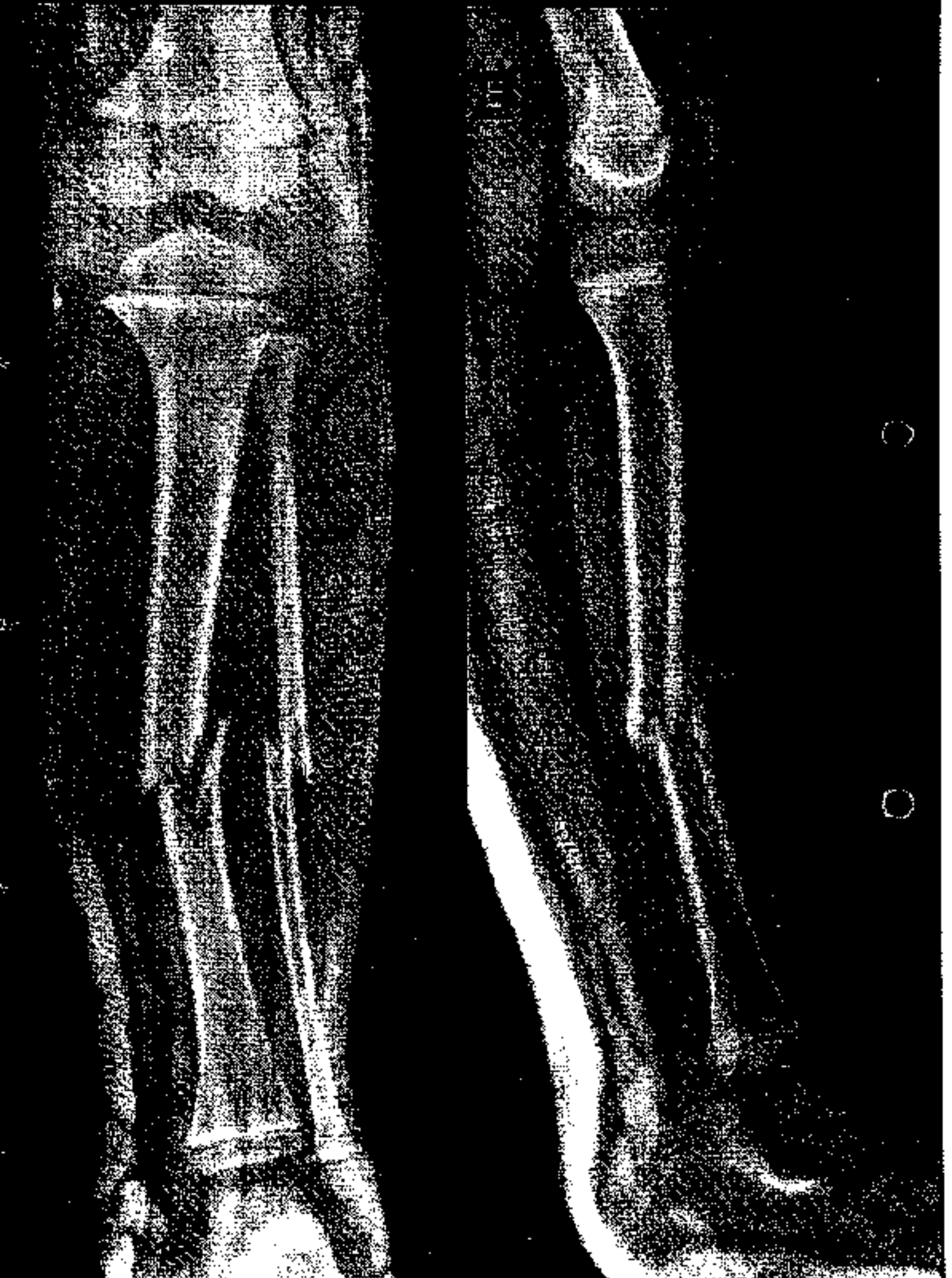


FABRIL GOMES

Data Exame: 11/08/2019 00:07:10

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO

Tec: MARCIO ERL



DR. FRANCISCO FERREIRA DE FARIAS JUNIOR - CRM 365/RR
Av. Nossa Senhora da Consolata 597 - CEP 69.300-000 - Boa Vista/ RR
Fone: (95) 98111 7525 - E-mail: fariasrr2005@gmail.com

Laudos Médicos

Gabriel Jones Santarém, vítima de acidente automobilístico sendo atendido no Pronto Socorro de Criança, Santo Antônio, sendo diagnosticado fratura exposta de tíbia esquerda. Foi realizado tratamento conservador com tala circular por cerca de 90 dias. Após alta médica, permanecendo apresentando marcha claudicante e esquerda, levantamento do membro inferior esquerdo, dor e espasmos repetitivos. Refere dor e palpitação durante exames clínicos.

Conclusão: Permanecendo com sequelas funcionais permanentes do membro inferior esquerdo.

Boa Vista, 17/10/2019


Dr. Francisco F. Farias
CRM: 365-RR



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
073.770.772-04

Nome
GABRIEL GOMES SANTAREM

Nascimento
07/08/2013



CÓDIGO DE CONTROLE
3444.5F19.28D3.8591

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:03:02 do dia 10/07/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



JOSE DE PAZ FILHO
INSCRIÇÃO DE OUTROS PESSOAS NATURAIS
CNPJ nº 08.940.588/0001-00
CNPJ nº 08.940.588/0001-00
CNPJ nº 08.940.588/0001-00
BOA VISTA - RORAIMA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Tribunal do Poder Judiciário do Estado de Roraima

ÁREA DE JUNTADA DE PETIÇÕES
CONTINUAÇÃO DE JUNTADA

20 SET 2010

DECLARAÇÃO DE TRANSMISSÃO

Nome

GUINEL GOMES SANTAREM

Matrícula

00675701-05-2010-001-23010405-02-01

CENTRO SEGURO DE JUNTADA
JUNTADA DE PETIÇÕES

DECLARAÇÃO DE TRANSMISSÃO
DECLARAÇÃO DE TRANSMISSÃO

DECLARAÇÃO DE TRANSMISSÃO
DECLARAÇÃO DE TRANSMISSÃO

DECLARAÇÃO DE TRANSMISSÃO

DECLARAÇÃO DE TRANSMISSÃO
DECLARAÇÃO DE TRANSMISSÃO

DECLARAÇÃO DE TRANSMISSÃO

FRANCINETE DE SOUZA SANTAREM - VALEHA GOMES SANTAREM

MATEUS GONCALVES PEREIRA SANTAREM - FRANCINETE DE SOUZA SANTAREM

MATEUS GONCALVES PEREIRA SANTAREM - FRANCINETE DE SOUZA SANTAREM

MATEUS GONCALVES PEREIRA SANTAREM - FRANCINETE DE SOUZA SANTAREM

MATEUS GONCALVES PEREIRA SANTAREM

MATEUS GONCALVES PEREIRA SANTAREM - FRANCINETE DE SOUZA SANTAREM

MATEUS GONCALVES PEREIRA SANTAREM - FRANCINETE DE SOUZA SANTAREM

MATEUS GONCALVES PEREIRA SANTAREM - FRANCINETE DE SOUZA SANTAREM

MATEUS GONCALVES PEREIRA SANTAREM

MATEUS GONCALVES PEREIRA SANTAREM - FRANCINETE DE SOUZA SANTAREM

MATEUS GONCALVES PEREIRA SANTAREM - FRANCINETE DE SOUZA SANTAREM

MATEUS GONCALVES PEREIRA SANTAREM - FRANCINETE DE SOUZA SANTAREM

MATEUS GONCALVES PEREIRA SANTAREM - FRANCINETE DE SOUZA SANTAREM

MATEUS GONCALVES PEREIRA SANTAREM - FRANCINETE DE SOUZA SANTAREM

MATEUS GONCALVES PEREIRA SANTAREM - FRANCINETE DE SOUZA SANTAREM

MATEUS GONCALVES PEREIRA SANTAREM - FRANCINETE DE SOUZA SANTAREM

MATEUS GONCALVES PEREIRA SANTAREM - FRANCINETE DE SOUZA SANTAREM

MATEUS GONCALVES PEREIRA SANTAREM - FRANCINETE DE SOUZA SANTAREM

MATEUS GONCALVES PEREIRA SANTAREM - FRANCINETE DE SOUZA SANTAREM

MATEUS GONCALVES PEREIRA SANTAREM - FRANCINETE DE SOUZA SANTAREM

MATEUS GONCALVES PEREIRA SANTAREM - FRANCINETE DE SOUZA SANTAREM

ÁREA DE JUNTADA DE PETIÇÕES
CONTINUAÇÃO DE JUNTADA

20 SET 2010

CENTRO SEGURO DE JUNTADA
JUNTADA DE PETIÇÕES

VALÉRIA GOMES COSTA

FILIAÇÃO.....: RAIMUNDO XAVIER COSTA FILHO
JOELINA GOMES COSTA

NASCIMENTO.....: 09/12/1990 SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: SANTA LUZIA DO PARUÁ - MA

DOCUMENTO.....: R.G. 3408124 SESP RR 05/01/2005

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 987.008.712-49 CNH:

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 23/04/2010



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - São João - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - São João - RR

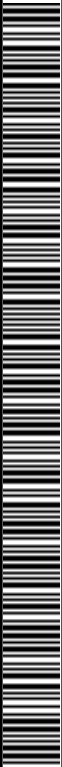




4290511 003-0 RR

166.52413.36-2

Valéria Gomes Costa





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

NOME
ROSANGELA NUNES MASULLO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF
208734 SESP RR

CPF
321.801.442-53

DATA NASCIMENTO
01/05/1972

FILIAÇÃO
GENNARO MASULLO
ROSARIA SERRAO NUNES

PERMISSÃO
PERMISSÃO

ACC
AB

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06050025726

VALIDADE
22/04/2015

1ª HABILITAÇÃO
22/04/2014

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
860356320

OBSERVAÇÕES

Rosângela Nunes Masullo

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
23/04/2014

01490231461
RR207247390

ASSINATURA DO EMISSOR

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

PROJUDI PLASTIFICAR
860356320



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190596871
Nome do(a) Examinado(a):	GABRIEL GOMES SANTAREM
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA BOA VISTA 226 NOVA CIDADE
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	073.770.772-04
Data e local do acidente:	05/06/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 31/10/2019

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO COM FRATURA DA TÍBIA/ FÍBULA E

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA, NÃO FEZ FISIOTERAPIA, NÃO LEMBRA DATA DA ALTA

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

MIE: DISCRETA ALTERAÇÃO ANATOMICA + CLAUDICAÇÃO+ SINAIS DE ENCURTAMENTO

IV) Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

MIE: COMPROMETIMENTO ANATOMO FUNCIONAL EM GRAU LEVE

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):



% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) . * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

MENOR DE IDADE (06 ANOS) VEIO ACOMPANHADO DA MÃE VALERIA GOMES COSTA, RG: 340812-4


Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
555185

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367749/19

Vítima: GABRIEL GOMES SANTAREM

CPF: 073.770.772-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/06/2019

Titular do CPF: GABRIEL GOMES
SANTAREM

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

VALERIA GOMES COSTA : 987.008.712-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

GABRIEL GOMES SANTAREM : 073.770.772-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

ROSANGELA NUNES MASULLO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

DADOS DO SINISTRO

Cidade: Boa Vista

Vítima: GABRIEL GOMES SANTAREM

Data do acidente: 05/06/2019

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Descrição do exame físico: APRESENTA DISCRETA ALTERAÇÃO ANATÔMICA, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM COMPROMETIMENTO DA MARCHA.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/10/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU LEVE.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



 Seguradora
LÍDER
Administradora de Seguros DPVAX

DADOS DO SINISTRO

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Data do acidente: 05/06/2019

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA DISCRETA ALTERAÇÃO ANATÔMICA, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM COMPROMETIMENTO DA MARCHA.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/10/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU LEVE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190596871 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GABRIEL GOMES SANTAREM **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA) E ALTA MÉDICA. PÁG 3, 23, 25 E 40

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: & 2, SEM SEQUELA PELA AMD, @ 41
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190596871 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GABRIEL GOMES SANTAREM **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA) E ALTA MÉDICA. PÁG 3, 23, 25 E 40

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: & 2, SEM SEQUELA PELA AMD, @ 41
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE Nome: VALERIA GOMES COSTA

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA

Profissão: DO LAR

Identidade: 340812-4 SSP/RR CPF: 987.008.712-49

Endereço: Rua: CABOCLO MOTA Nº S/N Bairro: CENTRO Cidade: NORMANDIA UF: RR CEP: 69.340-000

Vitima: GABRIEL GOMES SANTAREM

CPF: 073.770.772-04 Data do sinistro: 05/04/2019

Natureza: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA

Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão:

Identidade: 208.734 CPF: 321.801.442-53

Endereço: AV. Manoel Felipe, 1467/5, Asa Branca, Boa Vista/RR.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – **DPVAT**, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas e a **SUSEP**, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT.

Boa Vista / RR 16/07/19

Local e data

Valéria Gomes Costa

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367749/19

Vítima: GABRIEL GOMES SANTAREM

CPF: 073.770.772-04

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 05/06/2019

Titular do CPF: GABRIEL GOMES SANTAREM

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

VALERIA GOMES COSTA : 987.008.712-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

GABRIEL GOMES SANTAREM : 073.770.772-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ROSANGELA NUNES MASULLO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

