

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

CONTRATANTE: Reginaldo Renato da Silva
ESTADO CIVIL: Solteiro
RG nº. 1.383.353
CPF/MF nº. 609.516.302-10
TELEFONE: _____ E-MAIL: _____
ENDEREÇO: Rua Maria Martins Almeida N° 61
Cidade Satélite

OUTORGADOS: Dr. THIAGO AMORIM DOS SANTOS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PR sob nº 62590 e OAB/RR 515 - A, proprietário do escritório THIAGO AMORIM ADVOCACIA estabelecido na Rua Rosa de Oliveira de Araujo (antiga N-10), nº. 2187, bairro Santa Luzia, Boa Vista/RR, CEP - 69.317-103, fone: (095) 3625-0238 e 99169-0810.

PODERES: para o foro em geral, e os da cláusula "ad Judicia", mais os ressalvados no art. 38, do Código de Processo Civil, exceto para receber citação, para propor, no interesse da OUTORGANTE, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo forem propostas, acompanhando-as até o final julgamento, ajuizar medidas cautelares, incidentes ou não, preventivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais, efetuar levantamento de depósitos judiciais, através de alvarás, para atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações ou interpelações judiciais, inclusive em ações militares, patrocinar os interesses da OUTORGANTE em procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autarquias, assinando papéis e documentos, dando e recebendo quitação administrativamente ou judicialmente, transigindo, assumindo compromissos, desistindo, patrocinar a defesa dos interesses da OUTORGANTE na esfera criminal e, se for caso, poderes para individual ou conjuntamente, substabelecer o objeto da presente Procuração e também para propor ação de cobrança de SEGURO DPVAT em desfavor da SEGURADORA LIDER DPVAT, com ou sem reservas, usando os poderes ora conferidos dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 26/ outubro de 2020.

Reginaldo Renato da Silva

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Reginaldo Renato da Silva
ESTADO CIVIL: solteiro PROFISSÃO pedreiro
RG nº. 1.383.353
CPF/MF nº. 609.516.302-10
ENDEREÇO: Rua Maria Martins Almeida N° 61
Cidade Sotelite

DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art. 99 § 3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 26 de outubro de 2020

Reginaldo Renato da Silva

		MINISTÉRIO DA FAZENDA Secretaria da Receita Federal	
CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS			
Nome		REGINALDO RENOYATO DA SILVA	
Ng de Inscrição	609516302-10	Data de Nascimento	08/08/61
			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

1-25



Assinatura do Titular
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

1. 383.353
 REGISTRO
 GERAL
 21.09.1988
 TERRITÓRIO NACIONAL
 DATA DE
 EMISSÃO
 José Lopes da Silva
 Renovação de Silva
 São Domingos-MG
 Casta. Exp: 03.10.87 Nº: 2.594 Fls: 97
 Livro 17 Carta 1586 Domingos-MG
 GILBERTO TRIETA ARECUBA
 LEIN 7.116 DE 29/08/83





Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0140520-9

RORAIMA ENERGIA S.A.

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

Nº DA NOTA FISCAL

5776648 FCAM*

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
 foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2020	01/09/2020	536	465,40

FRANCISCA MARIA DE SOUSA OLIVEIRA
 CPF: 00070437181391
 R. MARIA MARTINS ALMEIDA 61 - CIDADE SATELITE
 CEP: 69.317-556 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual: 12/08/2020 Anterior: 14/07/2020 Próxima leitura: 11/09/2020
 Emissão: 11/08/2020 Apresentação: 12/08/2020 Dias de consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo Classe/Subclasse Ligação Número Medidor Faturamento Modalidade
 1.1.1.3 RESIDENCIAL TRIF 16LDT00991 NORMAL CONVENC

DADOS DA LEITURA (KWh)

	KWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	KWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	KWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	KWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	17516							
Leit. Anterior	16980							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	536							
Faturado:	536							

DESCRIÇÃO DA CONTA

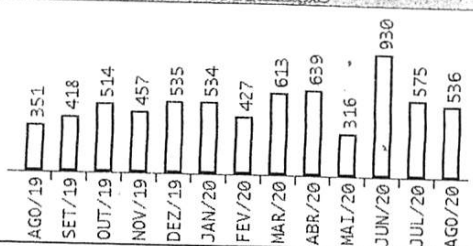
CONSUMO	536 A R\$ 0,786015 =	421,30
CORRECAO MONETARIA IG 06/20-00		0,89
MULTA POR ATRASO DE I 06/20-00		0,74
JUROS DE MORA POR ATR 06/20-00		0,11
MULTA POR ATRASO 06/20-00		14,14
JUROS DE MORA DE IMPO 06/20-00		3,30
ILUMINACAO PUBLICA		24,92

OUTRAS
INFORMACOES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
 0 A 536 - 0,617770

Média 12 meses: 526

HISTORICO DE MEDICAO



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 27/08/2020, o não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA.
 Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
 07/2020 468,15

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

RESERVADO AO FISCO 2C19.C0F9.CC19.FA59.0D02.B36A.6F35.D841

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	221,56
Distribuição:	97,03
Transmissão:	0,00
Encargos:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	9,24	18,49	36,99
Realizado	0,00		





MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA

Numero **28617**

Série **000001 - RR**



MINISTÉRIO
Delegacia
Regional

Reginaldo Renato da Sil
ASSINATURA DO PORTADOR

Wa



QUALIFICAÇÃO CIVIL	
Nome	Reginaldo Benvenuto da Silva
Loc. Nac.	São Domingos - MA
Filiação	Mae Joana da Silva e deuse Benvenuto da Silva
Doc. nº	RA 1383.353 - SS 61m A de 21.09.88
ESTRANGEIROS	
Chegada ao Brasil em	Doc. Ident. nº
Exp. em	Estado
Obs.	DRT - RR
Data Emissão	10.06.96
Assinatura do f. unct. onat. Neida dos Santos Brigido	
Mat. 0707195 - DRT/RR	

1º

Contrato de Trabalho
Insc. - Estadual

Empregador 24.023568-7

FAZENDA VISTA MONTANHA LTDA
R. Rod. BR 401, S/N, KM 44 - Faz. São Luiz II
CEP: 69.300-000 / Belém-PA

COC/NIF 2-0NPJ: 15.256.941/0002-12

Rua

Município

Esp. do estabelecimento, Cargo

Comp. 715325

Data admissão de fevereiro de 2018

Registro nº

Fil. Ficha

Remuneração especificada, R\$ 640,00 (duas mil quinhentas e quarenta reais) por mês

Ass. do Empregador

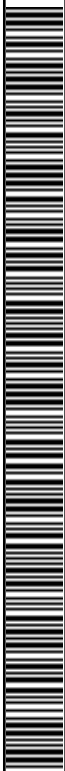
Recursos Humanos

Data assinatura, de 24 de 2018

Ass. do Empregado

Ass. do Empregador

Com. Dispensa (D) Nº



Fls: 1

Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00022478/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/08/2020 12:20:09 Data/Hora Fim: 05/08/2020 12:20:09
Delegado de Polícia: Adalmir Almeida Sena Júnior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 07/06/2020 17:30 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Caranã
Logradouro: Av; Parimé Brasil/ Rua; Sd pm django da silva
Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: TATIANA GUIMARAES SILVA (COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 08/06/1993	Idade 27
Profissão: Bancário		Escolaridade: Pós-Graduação	
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Francisca Maria de Sousa		Nome do Pai: Reginaldo Renovato da Silva	

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua; P Nº: 158
Bairro: Cidade Satélite
Telefone: (95) 98114-3925 (Celular)

Nome Civil: JOSÉ ERNESTO RODRIGUES QUEIROZ (ENVOLVIDO)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 25/08/1958	Idade 61
Profissão: Policial Militar		Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: União Estável		Naturalidade: Boa Vista	
Nome da Mãe: Sebastiana Rodrigues Queiroz		Nome do Pai: Ivan Florentino de Queiroz	

Documento(s)

RG: 24.686

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA:DJANGO DA SILVA Nº: 588
Bairro: CARANA
Telefone: (95) 98411-8014

Nome Civil: REGINALDO RENOVARO DA SILVA (ENVOLVIDO (AUSENTE))			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 08/08/1961	Idade 58
Profissão: Pedreiro			
Estado Civil: Solteiro(a)			



Impresso por: Valdir Pereira da Silva
Data de Impressão: 05/08/2020 12:22:20

Página 1 de 3
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Fls: 2

Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00022478/2020-A01

Nome da Mãe: Teresa Renovato da Silva

Nome do Pai: Jose Lopes da Silva

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua; P

Bairro: Cidade Satélite

Telefone: (95) 99114-4764 (Celular)

Nº: 158

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 704.371.813-91	Placa NUI8460
Renavam 00255896310	Número do Motor JC42E2A382918
Número do Chassi 9C2JC4220AR382918	Ano/Modelo Fabricação 2010/2010
Cor ROSA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 17/09/2019	Situação do Veículo ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC ULOS - RENAINF

Nome Envolvido	Envolvimentos
Reginaldo Renovato da Silva	Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 077.464.742-68	Placa NAZ0085
Renavam 00143568841	Número do Motor 310A2011*8725284*
Número do Chassi 8AP17201MA2034843	Ano/Modelo Fabricação 2010/2009
Cor AZUL	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo I/FIAT SIENA ELX FLEX
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 28/06/2020	Situação do Veículo RENAINF - ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
José Ernesto Rodrigues Queiroz	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Que a comunicante vem informar que na data do dia 07/06/2020 seu Pai Reginaldo Renovato da Silva, estava conduzindo sua motocicleta pela avenida Parimé Brasil sentido bairro /centro e que no cruzamento com a Rua sd pm django da Silva o mesmo foi colidido pelo veículo de placa-NAZ-0085, conduzido pelo senhor Ernesto Rodrigues Queiroz, e que Senhor Reginaldo Renovato sofreu varias lesões pelo corpo e que o mesmo foi conduzido pelo SAMU para o pronto socorro do HGR, e que a comunicante informa que seu Pai está recebendo ajuda do senhor Ernesto e que está registrando o Boletim de ocorrência para efeitos de seguro DPVAT. e que Senhor Reginaldo Renovato nao tem interesse em representar criminalmente contra a outra parte. e que não houve a presença da PM e nem a pericia no local. é o relato.

Fls: 3
Visto:

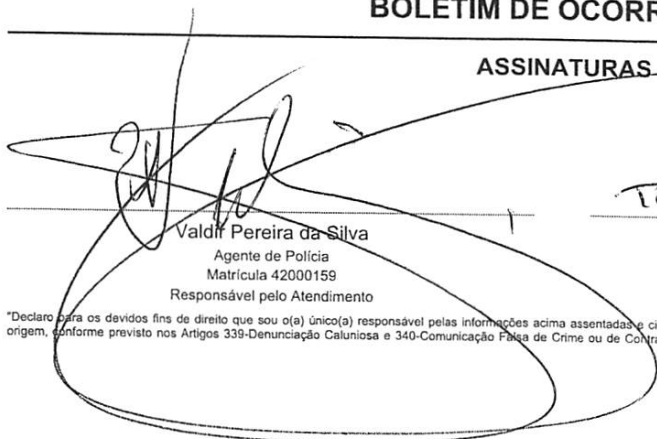


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00022478/2020-A01

ASSINATURAS


Valdir Pereira da Silva
Agente de Polícia
Matrícula 42000159
Responsável pelo Atendimento



Tatiana Guimaraes Silva
Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) 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."





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

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

2001248494 07/06/2020 18:49:47 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 22

Paciente REGINALDO RENOVARO DA SILVA Data Nascimento 08/08/1961 Idade 58 A 9 M 30 D CNS 704603190213129 CPF 60951630210
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo M Estado Civil PARDAS Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 1383353 Pai JOSE LOPES DA SILVA Contato (95) 99139-1783
Mãe TERESA RENOVARO DA SILVA Ocupação NÃO INFORMADA
Endereço RUA - P - 158 - NOVA CIDADE - BOA VISTA - RR

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

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

*Comorbidades
Alergias medicina*

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1 2 3 4 5 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

*Paciente trazido pelo SAMU por acidente de
tráfego moto x carro, trazido em prancha
com collar cervical, relato de*

*Exame Físico: rigidez de Dipiriona 1g(+) e SRL 500ml(+).
realização de exames, verbaliza, collar cervical
(A) Viar, aëneas perivas, expansibilidade simétrica
(B) Tórax típico, expansibilidade simétrica*

*Hipótese Diagnóstica:
(C) Sem sangramentos ativos, abdome plano,
depressível, indolor (D) ECG 15', pupilas isocóricas
isotônicas*

SADT - Exames Complementares (E) HIE e MSD imobilizados.
(X) RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

*(1) Tramadol 100mg (EV) agora 1g/50
SFO, 9% 100ml (EV) agora 1g/50*

(2) Retiro collar cervical.

HD: Fx fêmur(+) Fx Rádio? Fx ulna(+)?

Conduta

- ☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para:

- ☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída Alta:

*Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 483*

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impressão por: SOUSA
Data Hora: 07/06/2020 18:51:35

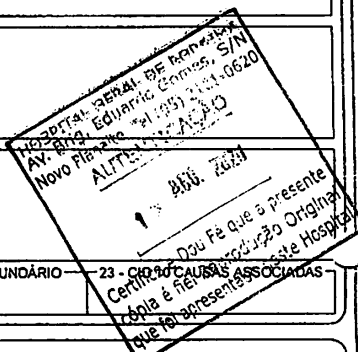


Anexo I

Transf: 08/06/2020

NIR

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					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				180404	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
7061603190213129				08/08/61	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				9 - SEXO	
Tereza Renovato da Silva				Masc. ☒ Fem. ☐	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				11 - TELEFONE DE CONTATO	
Rua P. 158 Nova cidade				951911311788	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
João Costa				14000 RN	
15 - UF					
16 - CEP					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Acidente de Trânsito La Hans com deformação Femur @ + Aulobraz @					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
CIRURGIA					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - CNPJ EMPRESA					
38 - SÉRIE					
39 - CNAE DA EMPRESA					
40 - CBOR					
41 - CBOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
45 - DOCUMENTO					
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
— "Amazônia Patrimônio dos Brasileiros" —

FICHA DE ANESTESIA

Regimul de Amnare, SGA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº	
Região do Nordeste, São 07/06/2022			
15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45			
AGENTES N 20 02			
LÍQUIDOS - VENOSOS 500 500 500			
DA °C 240 38 228 36 200 34 180 32 160 30 140 120 100 80 60 40 20			
TEMP ASPIR. A RESP O			
Export Assist Contro			
SÍMBOLOS			
AGENTES A B C D E F G		DOSES 1.0g 1.0g 1.0g 1.0g 1.0g 1.0g	
TÉCNICA 1.0g 1.0g 1.0g 1.0g 1.0g 1.0g		ANOTAÇÕES 1.0g 1.0g 1.0g 1.0g 1.0g 1.0g	
GLICOSE LÍQUIDOS 1.0g 1.0g 1.0g 1.0g 1.0g		TEMPO DE ANESTESIA 1.0g 1.0g 1.0g 1.0g 1.0g 1.0g	
OPERAÇÃO 1.0g 1.0g 1.0g 1.0g 1.0g 1.0g		PERDA SANGÜÍNEA 1.0g 1.0g 1.0g 1.0g 1.0g 1.0g	

Ernest Tiller, C. E. Pinner
MAY 30
CHICAGO 1926

REGISTRAR GENERAL DE LA CIUDAD DE
AV. 1719
Noro Plaza
Avenida 1719, 1719, 1719
1719, 1719, 1719
1719, 1719, 1719



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HISTÓRICO CIRÚRGICO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: ____/____/____ O.S. 7 6 20

Região do Povoado
de São

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO:

fratura fem e + osteólise
traço transgêntica

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

fixador externo fem

CIRURGIÃO: Carlos

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

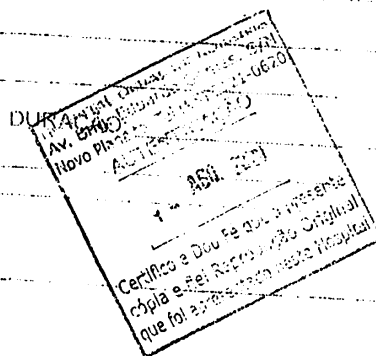
ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Ret com pte + atropina
- ② colocação Carlos
- ③ porção traço transgêntica
(transgêntica) sob pele (digo)
- ④ curativo



Carlos Henrique da Rosa
Médico
CRM-RR 463

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Rafaela Peronato da Silva
Responsável Cirúrgico Carlos Henrique

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
 Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

☐ Aplica ☒ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não
☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não
☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 26/06/2020
 Assinatura [Assinatura] Hora: _____

ANTES DA INCISÃO

Anestesista José (R2)

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☐ Sim,

Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAL CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHA ESTÃO CORRETAS

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENT PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☒ Não

☒ CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

[Assinatura] - 82351-
 Assinatura e Carimbo





RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 06/06/2020

PACIENTE: Roginaldo Renato da Silva DN: / /

DIAGNÓSTICOS: Fratura de fêmur + contusão

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: GT

2- PACIENTE: (☒) ACAMADO () DEAMBULA () O2 SUPLEMENTAR

3- DIETA: (☒) VIA ORAL () SNE () OUTRA

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? (☒) SIM () NÃO
() AGUARDANDO

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? (☒) SIM () NÃO
() AGUARDANDO

6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? (☒) SIM () NÃO
() AGUARDANDO

7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? () SIM (☒) NÃO
() AGUARDANDO

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: estável
PA: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____ SATO2: _____

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

Fixador externo

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

em internação

Boa Vista, 06 de junho de 20 20. Hora: _____

Loganir Viana
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

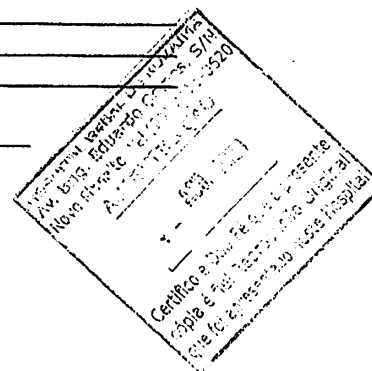
Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

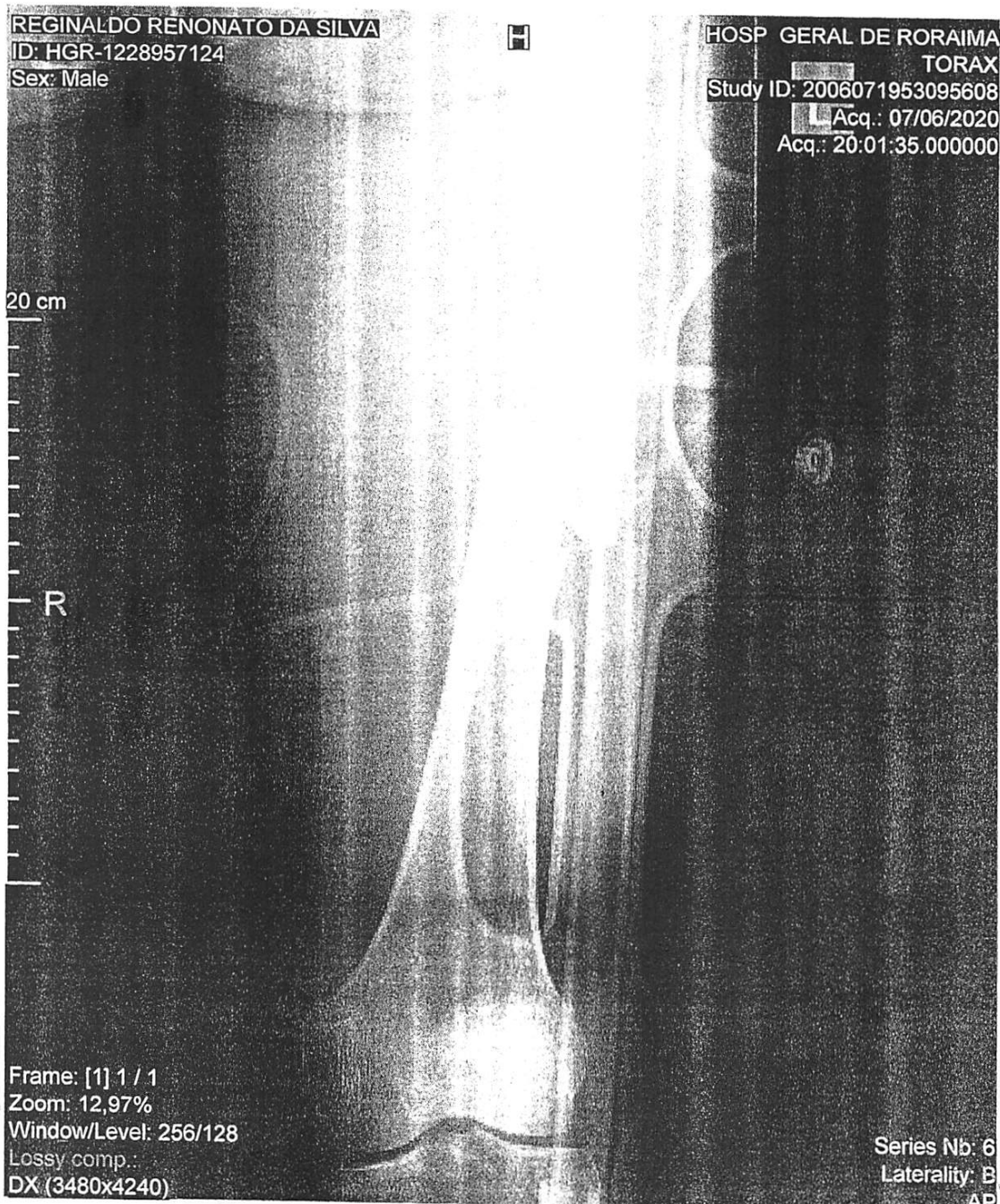
CRM _____

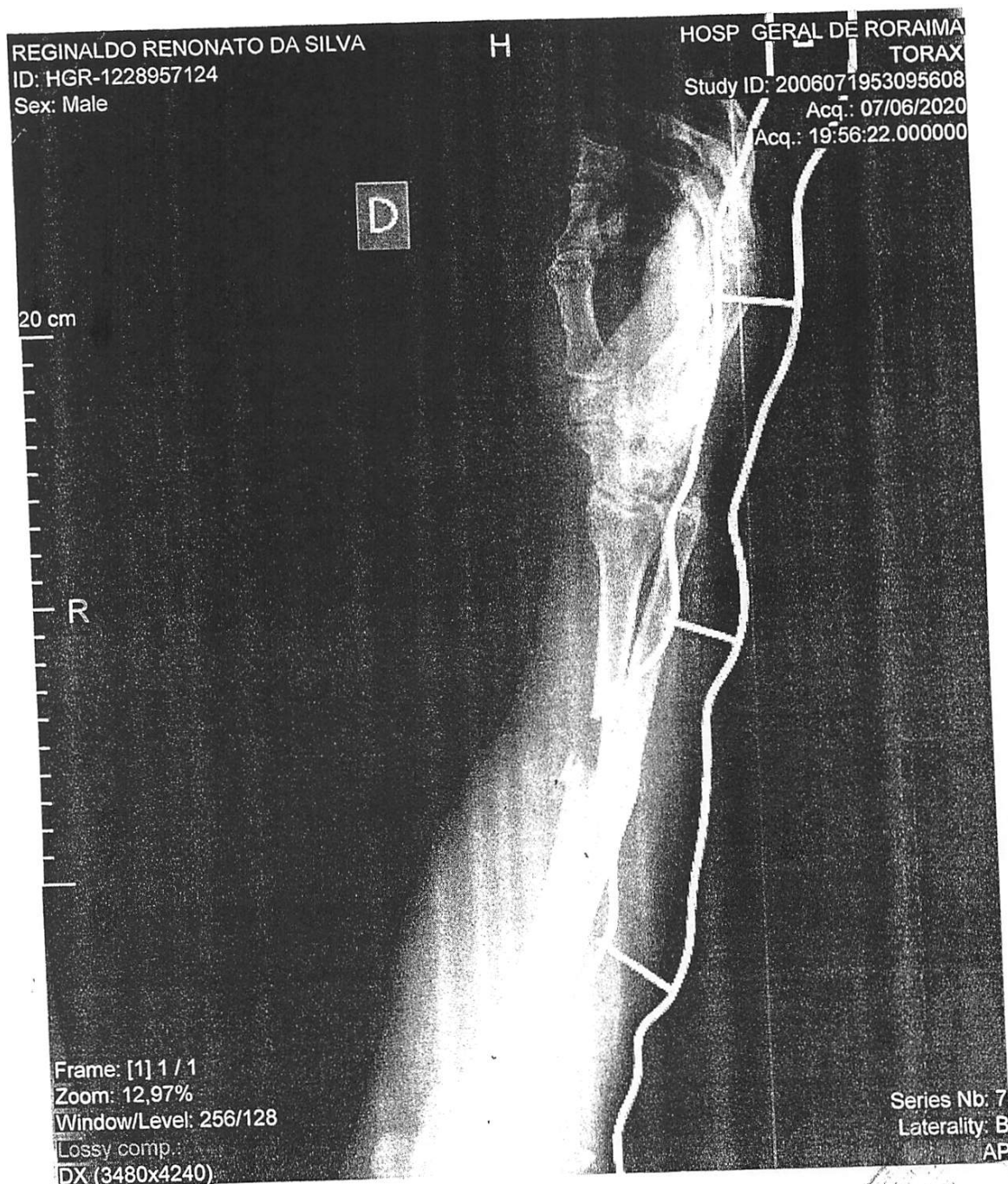
CRM _____

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:

() HC () HLI () HMI () OUTRO _____









ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia	Procedimento Realizado: Fixador Externo femur esquerda		
Nome do Paciente: Roginaldo Renato da Silva		IDADE: 58	SEXO: F () M (X)	Nº do Prontuário	Data 07/06/2020
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Izabel / Elisângela	

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (X)		Dados Adicionais:		Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM			QUANT
03	ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)39484000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300 Ref.: 4747/02 Lote: 19E003738 Registro ANVISA: 10223710095 ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)39484000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300 Ref.: 4747/02 Lote: 19E003738 Registro ANVISA: 10223710095			03
Carlos Enrique La Rosa Médico CRM-RR 463				
MÉDICO CIRURGIÃO:		1º AUXILIAR:		
INSTRUMENTADOR:				

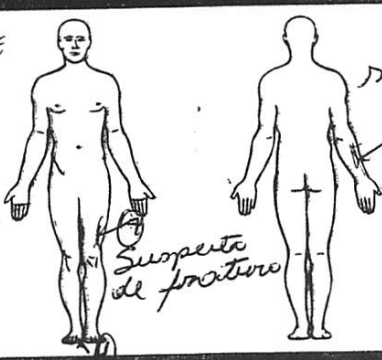
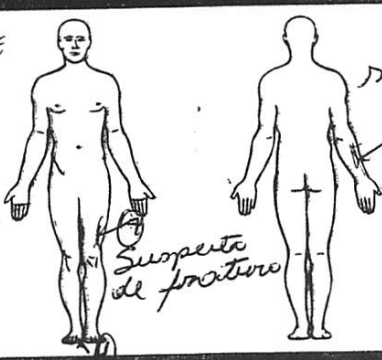
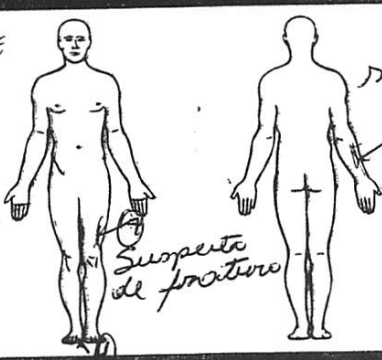
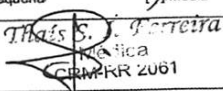
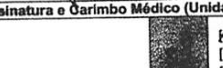
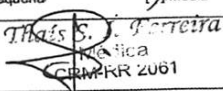
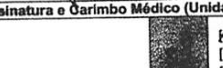
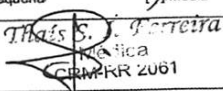
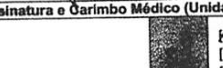
Empresa ()	Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM () ATHENA () / MACON ()		Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM		QUANT
Hospital Geral de Roraima Av. Dr. Edmundo Gomes de Figueiredo, 1000 Fone: (067) 3111-1111 1 - 2011 Certificação de Autenticidade Módulo de Segurança que faz parte do sistema			
MÉDICO CIRURGIÃO:		1º AUXILIAR:	
INSTRUMENTADOR:			

- PRONTUARIO DO PACIENTE

ME/CME

Hospital Geral de Roraima



PREFEITURA BOA VISTA		EQUIPE DE ATENDIMENTO		Nº 0627		SAMU 192																																							
UNIDADE: BRAVO II		EQUIPE: Kennedy / Pedro / BARBOSA		Idade: 58		Sexo: M																																							
Paciente: REGINALDO RENOVALDO DA SILVA		Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia		Nacionalidade: BRASILEIRO		Endereço: PV PAZ ME BRASIL S/N Bairro J. CARANÁ																																							
Nº 10277		DATA 07/10/2020		HORA J/9: 18:12		BASE () VIA 4																																							
Médico (a) Regulador (a): Dr. Luiz		HORA J/10: 18:31		RÁDIO () CELULAR																																									
TUMULTUOSO / CARRO X MOTO																																													
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (☒) 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()																																													
☒ Acidente de trânsito ☐ Urgência psiquiátrica ☐ Queimadura ☐ Urgência obstétrica																																													
☐ Agressão física / espancamento ☐ Tentativa de suicídio ☐ Choque elétrico ☐ Transferência																																													
☐ Agressão física - FAF ☐ Envenenamento ☐ Queda ☐ Exame complementar																																													
☐ Agressão física - FAB ☐ Afogamento ☐ Urgência clínica ☐ Outros																																													
<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">TRANSPORTE</th><th colspan="2">VEÍCULO</th><th colspan="2">ITEMS DE SEGURANÇA</th></tr></thead><tbody><tr><td>☐ Pedestre</td><td>☐ A pé</td><td>☐ Ônibus</td><td>☒ Automóvel</td><td>☐ Bicicleta</td><td>☒ Capacete</td></tr><tr><td>☒ Condutor</td><td>☐ Automóvel</td><td>☐ Micro-ônibus</td><td>☐ Motocicleta</td><td>☐ Animal</td><td>☐ Cinto de segurança</td></tr><tr><td>☐ Passageiro</td><td>☒ Motocicleta</td><td>☐ Outro</td><td>☐ Ônibus</td><td>☐ Outro</td><td>☐ Airbag</td></tr><tr><td>☐ Ignorado</td><td>☐ Bicicleta</td><td></td><td>☐ Micro-ônibus</td><td></td><td>☐ Assento para criança</td></tr></tbody></table>								TRANSPORTE		VEÍCULO		ITEMS DE SEGURANÇA		☐ Pedestre	☐ A pé	☐ Ônibus	☒ Automóvel	☐ Bicicleta	☒ Capacete	☒ Condutor	☐ Automóvel	☐ Micro-ônibus	☐ Motocicleta	☐ Animal	☐ Cinto de segurança	☐ Passageiro	☒ Motocicleta	☐ Outro	☐ Ônibus	☐ Outro	☐ Airbag	☐ Ignorado	☐ Bicicleta		☐ Micro-ônibus		☐ Assento para criança								
TRANSPORTE		VEÍCULO		ITEMS DE SEGURANÇA																																									
☐ Pedestre	☐ A pé	☐ Ônibus	☒ Automóvel	☐ Bicicleta	☒ Capacete																																								
☒ Condutor	☐ Automóvel	☐ Micro-ônibus	☐ Motocicleta	☐ Animal	☐ Cinto de segurança																																								
☐ Passageiro	☒ Motocicleta	☐ Outro	☐ Ônibus	☐ Outro	☐ Airbag																																								
☐ Ignorado	☐ Bicicleta		☐ Micro-ônibus		☐ Assento para criança																																								
<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">RESPIRATÓRIO</th><th colspan="2">CIRCULATÓRIO</th><th colspan="2">NEUROLÓGICO</th></tr></thead><tbody><tr><td>☒ Livre</td><td>☒ Eupneica</td><td>☒ Normocárdico</td><td>☐ Miose</td></tr><tr><td>☐ Obstrução Parcial</td><td>☐ Apnéia</td><td>☐ Bradicárdico</td><td>☐ Midríase</td></tr><tr><td>☐ Obstrução Total</td><td>☐ Dispneia</td><td>☐ Enchimento capilar acima de 2"</td><td>☐ Anisocoria</td></tr><tr><td>☐ Corpo estranho</td><td>☐ Bradipneia</td><td>☐ Pulso radial ausente</td><td>☐ Aparentemente Alcoolizado</td></tr><tr><td>☐ Outro:</td><td>☐ Taquipneia</td><td>☐ Pulso central ausente</td><td>☐ Agitação psicomotora</td></tr><tr><td></td><td></td><td>☐ Cianose central</td><td>☐ Extremidade</td></tr></tbody></table>								RESPIRATÓRIO		CIRCULATÓRIO		NEUROLÓGICO		☒ Livre	☒ Eupneica	☒ Normocárdico	☐ Miose	☐ Obstrução Parcial	☐ Apnéia	☐ Bradicárdico	☐ Midríase	☐ Obstrução Total	☐ Dispneia	☐ Enchimento capilar acima de 2"	☐ Anisocoria	☐ Corpo estranho	☐ Bradipneia	☐ Pulso radial ausente	☐ Aparentemente Alcoolizado	☐ Outro:	☐ Taquipneia	☐ Pulso central ausente	☐ Agitação psicomotora			☐ Cianose central	☐ Extremidade								
RESPIRATÓRIO		CIRCULATÓRIO		NEUROLÓGICO																																									
☒ Livre	☒ Eupneica	☒ Normocárdico	☐ Miose																																										
☐ Obstrução Parcial	☐ Apnéia	☐ Bradicárdico	☐ Midríase																																										
☐ Obstrução Total	☐ Dispneia	☐ Enchimento capilar acima de 2"	☐ Anisocoria																																										
☐ Corpo estranho	☐ Bradipneia	☐ Pulso radial ausente	☐ Aparentemente Alcoolizado																																										
☐ Outro:	☐ Taquipneia	☐ Pulso central ausente	☐ Agitação psicomotora																																										
		☐ Cianose central	☐ Extremidade																																										
<table border="1"><thead><tr><th>Hora</th><th>P.A mm/hg</th><th>F.C Bpm</th><th>F.R Mpm</th><th>Sat O₂ %</th><th>T. Axilar °C</th><th>Glicemia</th><th>Esc. visual "DOR"</th><th>Glasgow</th></tr></thead><tbody><tr><td>Início</td><td>160x100</td><td>75</td><td>20</td><td>98</td><td>-</td><td>-</td><td>8</td><td>15</td></tr><tr><td>Fim</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>								Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow	Início	160x100	75	20	98	-	-	8	15	Fim																			
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow																																					
Início	160x100	75	20	98	-	-	8	15																																					
Fim																																													
<table border="1"><thead><tr><th>LESÃO IDENTIFICADA</th><th>ACIDENTE</th><th>ESCALA DE DOR</th></tr></thead><tbody><tr><td>1 - Dor</td><td rowspan="17"></td><td>4 - Espontânea</td></tr><tr><td>2 - Hematoma</td><td>3 - Ao comando</td></tr><tr><td>3 - Contusão</td><td>2 - A dor</td></tr><tr><td>4 - Escoriação</td><td>1 - Sem resposta</td></tr><tr><td>5 - Laceração</td><td></td></tr><tr><td>6 - Luxação</td><td>5 - Orientado</td></tr><tr><td>7 - Fratura fechada</td><td>4 - Confuso</td></tr><tr><td>8 - Fratura exposta</td><td>3 - Palavras inapropriadas</td></tr><tr><td>9 - Amputação</td><td>2 - Palavras incompreensíveis</td></tr><tr><td>10 - Evisceração</td><td>1 - Sem resposta</td></tr><tr><td>11 - Afundamento de crânio</td><td></td></tr><tr><td>12 - Ferimento penetrante</td><td>6 - Obedece a comandos</td></tr><tr><td>13 - Tórax instável</td><td>5 - Localiza a dor</td></tr><tr><td>14 - Enfisema subcutâneo</td><td>4 - Movimento de retirada</td></tr><tr><td>15 - Ferida aspirativa</td><td>3 - Flexão anormal</td></tr><tr><td>16 - Empalamento</td><td>2 - Extensão anormal</td></tr><tr><td>17 - Outros</td><td>1 - Sem resposta</td></tr></tbody></table>								LESÃO IDENTIFICADA	ACIDENTE	ESCALA DE DOR	1 - Dor		4 - Espontânea	2 - Hematoma	3 - Ao comando	3 - Contusão	2 - A dor	4 - Escoriação	1 - Sem resposta	5 - Laceração		6 - Luxação	5 - Orientado	7 - Fratura fechada	4 - Confuso	8 - Fratura exposta	3 - Palavras inapropriadas	9 - Amputação	2 - Palavras incompreensíveis	10 - Evisceração	1 - Sem resposta	11 - Afundamento de crânio		12 - Ferimento penetrante	6 - Obedece a comandos	13 - Tórax instável	5 - Localiza a dor	14 - Enfisema subcutâneo	4 - Movimento de retirada	15 - Ferida aspirativa	3 - Flexão anormal	16 - Empalamento	2 - Extensão anormal	17 - Outros	1 - Sem resposta
LESÃO IDENTIFICADA	ACIDENTE	ESCALA DE DOR																																											
1 - Dor		4 - Espontânea																																											
2 - Hematoma		3 - Ao comando																																											
3 - Contusão		2 - A dor																																											
4 - Escoriação		1 - Sem resposta																																											
5 - Laceração																																													
6 - Luxação		5 - Orientado																																											
7 - Fratura fechada		4 - Confuso																																											
8 - Fratura exposta		3 - Palavras inapropriadas																																											
9 - Amputação		2 - Palavras incompreensíveis																																											
10 - Evisceração		1 - Sem resposta																																											
11 - Afundamento de crânio																																													
12 - Ferimento penetrante		6 - Obedece a comandos																																											
13 - Tórax instável		5 - Localiza a dor																																											
14 - Enfisema subcutâneo		4 - Movimento de retirada																																											
15 - Ferida aspirativa		3 - Flexão anormal																																											
16 - Empalamento		2 - Extensão anormal																																											
17 - Outros		1 - Sem resposta																																											
<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">RITMO SINUSAL</th><th colspan="2">NEUROLÓGICA</th><th colspan="2">DIABETES</th><th colspan="2">ALERGIAS</th></tr></thead><tbody><tr><td>☒ Ritmo Sinusal</td><td>☐ FV</td><td>☐ Neurológica</td><td>☐ Metabólica</td><td>☐ Diabetes</td><td>☐ Alergias</td></tr><tr><td>☐ Taquicardia Sinusal</td><td>☐ TV</td><td>☐ Respiratória</td><td>☐ Infecciosa</td><td>☐ Cardiopatia</td><td>☐ Outros</td></tr><tr><td>☐ Flutter Atrial</td><td>☐ AESP</td><td>☐ Cardiovascular</td><td></td><td>☐ HAS</td><td></td></tr><tr><td>☐ Fibrilação atrial</td><td>☐ Assístolia</td><td>☐ Digestiva</td><td></td><td>☐ Medicação de uso</td><td></td></tr></tbody></table>								RITMO SINUSAL		NEUROLÓGICA		DIABETES		ALERGIAS		☒ Ritmo Sinusal	☐ FV	☐ Neurológica	☐ Metabólica	☐ Diabetes	☐ Alergias	☐ Taquicardia Sinusal	☐ TV	☐ Respiratória	☐ Infecciosa	☐ Cardiopatia	☐ Outros	☐ Flutter Atrial	☐ AESP	☐ Cardiovascular		☐ HAS		☐ Fibrilação atrial	☐ Assístolia	☐ Digestiva		☐ Medicação de uso							
RITMO SINUSAL		NEUROLÓGICA		DIABETES		ALERGIAS																																							
☒ Ritmo Sinusal	☐ FV	☐ Neurológica	☐ Metabólica	☐ Diabetes	☐ Alergias																																								
☐ Taquicardia Sinusal	☐ TV	☐ Respiratória	☐ Infecciosa	☐ Cardiopatia	☐ Outros																																								
☐ Flutter Atrial	☐ AESP	☐ Cardiovascular		☐ HAS																																									
☐ Fibrilação atrial	☐ Assístolia	☐ Digestiva		☐ Medicação de uso																																									
<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">LESÃO</th><th colspan="2">GRAU</th><th colspan="2">SÍMPTOMAS</th></tr></thead><tbody><tr><td>☐ Ileso</td><td>☐ Pequena</td><td>☒ Média</td><td>☐ Severa</td><td>☐ Óbito</td><td></td></tr></tbody></table>								LESÃO		GRAU		SÍMPTOMAS		☐ Ileso	☐ Pequena	☒ Média	☐ Severa	☐ Óbito																											
LESÃO		GRAU		SÍMPTOMAS																																									
☐ Ileso	☐ Pequena	☒ Média	☐ Severa	☐ Óbito																																									
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)																																													
<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)</th><th colspan="2">SAMU 192-BV</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td colspan="2">CONFERE COM ORIGINAL</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">05/10/2020</td></tr></tbody></table>								Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)		SAMU 192-BV				CONFERE COM ORIGINAL				05/10/2020																											
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)		SAMU 192-BV																																											
		CONFERE COM ORIGINAL																																											
		05/10/2020																																											
<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">HISTÓRIA</th><th colspan="2">HISTÓRIA</th><th colspan="2">HISTÓRIA</th></tr></thead><tbody><tr><td>☐ Cancelamento</td><td>☐ Recusa de Atendimento</td><td>☐ Recusa de Atendimento</td><td>☐ Não se encontrava no local</td><td>☐ Trote</td><td></td></tr></tbody></table>								HISTÓRIA		HISTÓRIA		HISTÓRIA		☐ Cancelamento	☐ Recusa de Atendimento	☐ Recusa de Atendimento	☐ Não se encontrava no local	☐ Trote																											
HISTÓRIA		HISTÓRIA		HISTÓRIA																																									
☐ Cancelamento	☐ Recusa de Atendimento	☐ Recusa de Atendimento	☐ Não se encontrava no local	☐ Trote																																									
<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">HISTÓRIA</th><th colspan="2">HISTÓRIA</th><th colspan="2">HISTÓRIA</th></tr></thead><tbody><tr><td>☐ Polícia Militar</td><td>☐ Guarda Municipal</td><td>☐ SMTRAN</td><td>☐ PRF</td><td>☐ Bombeiros</td><td>☐ Outros</td></tr></tbody></table>								HISTÓRIA		HISTÓRIA		HISTÓRIA		☐ Polícia Militar	☐ Guarda Municipal	☐ SMTRAN	☐ PRF	☐ Bombeiros	☐ Outros																										
HISTÓRIA		HISTÓRIA		HISTÓRIA																																									
☐ Polícia Militar	☐ Guarda Municipal	☐ SMTRAN	☐ PRF	☐ Bombeiros	☐ Outros																																								
<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">HISTÓRIA</th><th colspan="2">HISTÓRIA</th><th colspan="2">HISTÓRIA</th></tr></thead><tbody><tr><td>☐ Iniciada as:</td><td>☐ Término as:</td><td>☐ RCP com sucesso</td><td>☐ RCP sem sucesso</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>								HISTÓRIA		HISTÓRIA		HISTÓRIA		☐ Iniciada as:	☐ Término as:	☐ RCP com sucesso	☐ RCP sem sucesso																												
HISTÓRIA		HISTÓRIA		HISTÓRIA																																									
☐ Iniciada as:	☐ Término as:	☐ RCP com sucesso	☐ RCP sem sucesso																																										

TERMO DE RECEBIMENTO

Assinatura do Receptor: _____
☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para a unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____
TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

Idade Gestacional: _____	☐ Movimentos fetais presentes	☐ Partes fetais na vulva
Perda de líquido: _____	☐ Contrações entre 3-5 min.	☐ Com cartão da gestante
BCF: _____	☐ Contrações com duração > 30s	☐ Sem cartão da gestante

☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☐ Monitorização cardíaca	☐ Imobilização de fraturas
☐ Cânula de Guegel	☐ Guia de introdução Bougie	☒ Colar cervical	☒ Curativos
☐ Cateter nasal: _____ L/min	☐ Cricotireostomia cirúrgica	☐ Headblock	☐ Parto vaginal
☐ Máscara facial: _____ L/min	☒ Oximetria	☒ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência
☐ Bolsa-valva-máscara: _____ L/min	☐ Dreno de tórax	☐ Tirantes	☒ Imobilização de luxação
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☐ Outros: _____
☐ Acesso venoso Gelco nº 18	☐ Acesso venoso Scalp nº _____	☐ Acesso intraósseo	

FARMACO	DOSE	VIA	DATA	CONFERE COM ORIGINAL	BO	DATA
SRV 500 ml	01	EV	18:35	CONFERE COM ORIGINAL		
Dipirona	1g	EV	18:40	Em 05/08/2020		
				Stephanie		
				PROJUDI		

03 máscara descartável
04 por de luva
02 atadura 18 e 20cm
1 BRL GOMÉ
1 Equipamento macio
1 Seringa 20ml
1 tala flexível

Equipe acionada para ocorrência traumática
Como x moto. Vítima se encontrava em solo
em decúbito dorsal sem capacete parâm em haste
Verbalizando realizado protocolo de trauma
na imobilização. Verificado SSUV + acesso de novo
analgesia passado o médico regulador que
autorizou a deslocar ao GT (HGR)

KENNEDY PEREIRA DA SILVA
COREN - RR 968.136

Assinatura e carimbo do profissional





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS
HOSPITAL DAS CLINICAS DR. WILSON FRANCO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: **REGINALDO RENOVATO DA SILVA** 58 ANOS
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: **7/6/2020**, COM
DIAGNÓSTICO DE **FX DE FEMUR ESQ + FX ANTEBRAÇO DIR** E NO DIA
21/7/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OSTEOSSINTE SENDO
OPERADO PELO DR. **DR. DALSON** E PELO DR. **0**
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA **29/7/2020** ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL**
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM **2 (DUAS)** SEMANAS
COM **DR. DALSON**.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

1. **NÃO** PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES;
2. **TOMAR** MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO;
3. **NÃO** RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA;
4. QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE;
5. **NÃO** PERDER RETORNO AMBULATORIAL;
6. **AGENDAR** CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RAIOS X COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. *Thiago Amorim dos Santos*

quarta-feira, julho 29, 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

Don Silva Martins
Médico
29/7/2020



PRÉ- ANESTÉSICO

Nome: _____		Enf.: _____		Letto: _____		Serv.: _____	
Sexo: _____		Cor: _____		Idade: _____		Peso: _____	
Alt.: _____		Classe: _____		Data: ____/____/____		Hora: _____	
Diagn. Pré-OP: _____				Patrol Assoc.: _____			
Cir. Proposta: _____							
Anest. Ant.: _____				Sangue Tipo: _____ Leuc: _____ Ht: _____ Hb: _____			
Alergia: _____				Hm _____ Ic _____ Is _____ p. Laço _____			
Alcool: _____ Fumo: _____				r. Corg. _____ Pq _____ Urdia _____			
DROGAS: (Corticoide, fenotiazínicos, hipotensor, narcotráfico, hipotico, diglicílico, anticoagulante, diurético, antiulcero, sulfas, casopressor, IMAO, outros)				creat. _____ Glic _____ Na _____ mEq/l _____			
				Cl. _____ mEq/1k _____ mEq/pH _____ pO2 _____			
				pCO2 _____ BA _____ BB _____ BS _____ BE _____			
Estado Mental _____ Boca _____				URINA: d _____ pH _____ glic _____ Alb _____			
Pestocoço _____ Vetas _____				Sedim _____			
RX _____				Ap. gen. Uri _____			
Fôses _____				AP. Resp. _____			
Hepatograma _____				AP. Circ. _____			
Outros _____				AP. Digi. _____			
Parâmetros Clínicos _____				S. Osteo - Art. _____			
PA _____ Pulso _____ Temperatura _____				S. Nerv. _____			
				S. Endoc. _____			
				Est. Fis. (ASA) _____ AN. Proposta _____			
				NB _____			

Medicação Pré - An.	DOSE	VIA	HORA

Assinatura _____

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

[illegible]

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATOR
CENTRO CIRÚRGICO/SR



Enfermeiro (a): Sofia da Silva

Hora: 22:30 Data: 07/06/2020

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO E CHEGAGEM
☒ Risco de Queda Prevenir queda	☒ Manter grades elevada na RPA	
☐ Risco de Broncoaspiração Prevenir Broncoaspiração	☐ Monitor nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutir na RPA	
☒ Risco de Infecção Prevenir Infecção evitável	☒ Observar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos ☒ Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor e hipertermia)	
☐ Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos Manter o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido – básico	☐ Monitorar temperatura e comunicar alterações ☐ Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese)	
☒ Risco de Glicemia Instável Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia	☒ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca) ☒ Realizar controle de débito de glicemia capilar, se prescrito. Comunicar se abaixo de 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl	
☒ Integridade da pele prejudicada Propiciar a recuperação adequada da pele	☒ Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações ☒ Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / secreções	
☒ Mobilidade Física prejudicada	☒ Proporcionar alinhamento do corpo do paciente	
☒ Risco de Alergia	☐ Observar, anotar e comunicar queixas de alergia	
☒ Dor aguda Controle da dor e promover conforto	☒ Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração) ☒ Administrar medicação conforme prescrição médica	
☐ Padrão Respiratório Ineficaz Proporcionar troca gasosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas	☐ Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar ☐ Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica	
☒ Náuseas Controle / Ausência de náusea	☒ Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas ☒ Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição	
☒ Ansiedade Controle de ansiedade	☒ Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	
☐ Confusão Aguda / Crônica	☐ Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	
☒ Comunicação Verbal prejudicada	☒ Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós operatório	

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

21:45 - Admitido na sala 01 para procedimento de fixação externa com fechura de ferimento
Realizada monitorização cardíaca + oximétrica de pulso. Sem alteração respiratória. Sem alteração
cat. transtornado E SRPD
Sofia da Silva
0731-PA
Responsável:

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2019



SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATORIA

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Reginaldo Renato da Silva

Data de Nasc: 08 / 08 / 41 Idade: 58 Setor/Leito: GT

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

Data: 09 / 06 / 2020

PRÉ-OPERATÓRIO

INTRA-OPERATÓRIO

SRPA

Intervenção Proposta: Exatose abdominal

Informações sobre o paciente: Exatose abdominal

Entrada na Sala: 21:45 Início da Anestesia: 21:56 Início da Cirurgia: 22:00 Término da Cirurgia: 23:40 Término da Anestesia: —

Alim () Sim () Não

Rotose () Sim () Não

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Exatose abdominal

Reginaldo Renato da Silva

81341-MR

Reginaldo Renato da Silva

81341-MR

Reginaldo Renovato

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE							
AGNÓSTICO							
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE	LEITO		DATA				
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					DEIXANDO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N					S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H					12 22 06	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA					06	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					S/N 016	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4						
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h					22 08 16	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N						
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H						
11	CIPROFLOXACINA 400MG EV OU 500MG VO 12/12H					3050	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					S/N	
13	SSV + CCGG 6/6 H					B. J. J.	
14	CURATIVO DIÁRIO					M.	
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

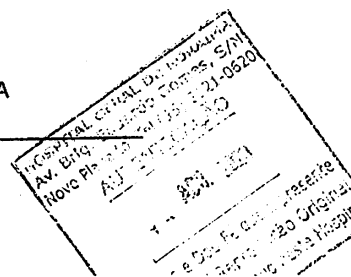
EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE: DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EÚPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: **# CONDUTA:** MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	Tax
12 H				
18 H				
24 H				

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06	100/66	88	20	36,2°C
----	--------	----	----	--------





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA

Eu _____ CPF nº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmo que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s) / procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 _____. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____



HC

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 04/06/2020

PACIENTE: RENOLDO RENOVATO

DN: 1/1

DIAGNÓSTICOS: Fx Fx @ / Fx Fx @

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: CC

2- PACIENTE: () ACAMADO () DEAMBULA () O2 SUPLEMENTAR

3- DIETA: () VIA ORAL () SNE () OUTRA

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? () SIM () NÃO
() AGUARDANDO

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? () SIM () NÃO
() AGUARDANDO

6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? () SIM () NÃO
() AGUARDANDO

7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? () SIM () NÃO
() AGUARDANDO

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: :
PA: FC: TEMPERATURA: SATO2:

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

Fx Fx @ / Fx Fx @
Fila AD @

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Boa Vista 07 de 06 de 20 Hora:

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

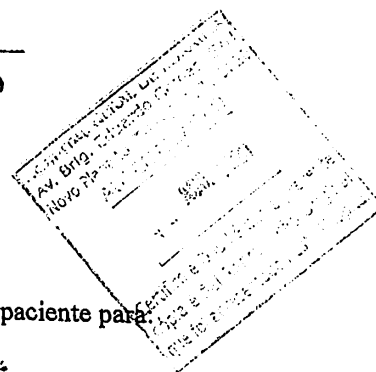
Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:

() HC () HLI () HMI () OUTRO

CRM 463 RA

CRM





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA

Eu _____ CPF nº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s) / procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, 08 de 06 de 2020. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/Carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____

Dr. André Santos Martillo
Médico



Thiago Amorim
Advogados Associados

Seguradora Lider-DPVAT Acomp x +

seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx

PAGUE SEGURO

Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

SINISTRO 3200331934 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA REGINALDO RENOVARO DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN
CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS EIRELI - Matriz
BENEFICIÁRIO REGINALDO RENOVARO DA SILVA
CPF/CNPJ: 60951630210

Posição em 02-12-2020 17:53:32
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R\$00.000,00
Juros e Correção: R\$00.000,00
Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/09/2020	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
05/10/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	
10/09/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO	