

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180518855 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINEY BORGES DE JESUS **Data do acidente:** 07/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Talita Fonseca Medeiros

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0401294/18

Número do Sinistro: 3180518855

Vítima: EDINEY BORGES DE JESUS

CPF: 761.693.912-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDINEY BORGES DE JESUS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/11/2018
Nome: EDINEY BORGES DE JESUS
CPF: 761.693.912-00

EDINEY BORGES DE JESUS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2018
Nome: LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA
CPF: 878.291.693-49

LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDINEY BORGES DE JESUS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000146772-0

Nr. da Autenticação 794604055ECC6B72

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **EDINEY BORGES DE JESUS**

Nº Sinistro: **3180518855**
Vitima: **EDINEY BORGES DE JESUS**
Data do Acidente: **07/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ILOIR INACIO DE SOUZA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180518855**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13555413



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário **entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário **entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI: CPF da vítima: **361.693.912-00** Nome completo da vítima: **Ediney Borges de Jesus**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Ediney Borges de Jesus		CPF titular da conta: 361.693.912-00	Profissão: 100 em Enfermagem
Endereço: Rua Curitiba		Número: 796	Complemento:
Bairro: Novo Cidade	Cidade: Boa Vista	Estado: RR	CEP: 69.316-192
E-mail: IL0IRRR@HOTMAIL.COM			Telefone (DDD): 793199154-4282

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPEANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
AGÊNCIA NO: D/V: CONTA NO: D/V: Informar dígito se existir		BANCO Nome: NO: AGÊNCIA NO: D/V: CONTA NO: D/V: Informar dígito se existir	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista 09 de Junho de 2018
Local e Data

Ediney Borges de Jesus
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO ORIGINAL
01 NOV. 2018



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4ª DELEGACIA DE POLÍCIA DISTRICTAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 840/2018 - Data/hora do registro 09h:32 hs
PPE: Nº /2018 Data: 31/10/2018 Responsável: APC. FRANK PESSOA DE CARVALHO

Delegado(a)	Fernando Edson Olegário Gomes
--------------------	--------------------------------------

Dados do Registro

Tipos de documentos de origem:	
Número de origem:	
Órgão de origem:	
Data de origem:	31.10.2018

Dados da Ocorrência

Tipo de natureza:	☐ Típica ☒ Atípica	
Natureza:	ACIDENTE DE TRÂNSITO	
Artigo:		
Lei Maria da Penha:	☐ Sim ☒ Não	
Meio empregado:	☐ Não houve ☐ Arma de fogo ☐ Arma branca ☐ Explosivo ☒ veículo ☐ Objeto contundente ☐ documentos ☐ Outros	
Local da Ocorrência:	R. Dr. Paulo Coelho C/ Pres. Castelo Branco.	Bairro: São Vicente
Data/ Hora Ocorrência:	07.06.2018 AS 06h:00min aproximados	

Pessoas Envolvidas

Tipo de pessoa:	☒ Física ☐ Jurídica
------------------------	--

Dados Pessoais

Envolvimento: ☒ Comunicante ☒ Vítima ☐ Suposto autor/infrator ☐ Testemunha ☐ Condutor ☐ Conselheiro tutelar ☐ Representante legal
☐ Envolvido desconhecido
☐ Pessoa ausente
Tipo de documento: RG: 232.824 SSP/RR CPF: 761.693.912-00 CNH: 03143918816
Nome completo: EDINEY BORGES DE JESUS
Nome da Mãe: VALDELENE BORGES DE JESUS
Sexo: ☒ masc. ☐ fem.
Raça/Cor: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Amarela ☐ Indígena ☒ parda ☐ Sem Inf.
Data de Nasc: 12.03.1985 33 ANOS
Profissão: TÊC. EM ENFERMAGEM.
Logradouro: Nº: 796
Estado: RORAIMA Bairro: NOVA CIDADE
E-mail:
Telefone: (95) 9 9156 1315
Possui Whatsapp ☒ sim ☐ não

DADOS DO SUPOSTO AUTOR

Dados Pessoais

Dados Pessoais

Envolvimento: ☐ Comunicante ☐ Vítima ☒ Suposto autor/infrator ☐ Testemunha ☐ Condutor ☐ Conselheiro tutelar ☐ Representante legal ☐ Envolvido desconhecido
☐ Pessoa ausente

01 NOV. 2018



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4ª DELEGACIA DE POLÍCIA DISTRITAL

Tipo de documento: RG: SSP/RR CPF: CNH: SN
Nome completo (provável): DESCONHECIDO
Nome da Mãe:
Sexo: (X) masc. () fem.
Raça/Cor: () Branca () Negra () Amarela () Indígena () parda () Sem Inf.
Data de Nascimento: Ou Idade aproximada:
Profissão:
Endereço:
Logradouro: Nº:
Estado: Bairro:
E-mail:
Telefone:
Possui Whatsapp () sim () não

RELATO/ HISTÓRICO

Sr Delegado compareceu nesta DPD o comunicante acima qualificado para informar o seguinte fato: que no dia e horário acima citado por volta das 22h:38min conduzia seu veículo MOTOCICLETA HONDA CG 150cc PLACA NUK 9468, FINAL DE CHASSI 9C2KC1670FR217461 licenciada em nome de JOSIMAR CAVALCANTE DA PENHA pela via R. Dr. Paulo Coelho no sentido Bairro/Centro e ao entrar na rotatória com a Rua Pres. Castelo Branco foi colidido dentro da rotatória por um veículo de MARCA e CONDUTOR não identificado, que da colisão o comunicante caiu da ao solo sofrendo lesão corporal; Que no local teve a presença da PM e PERICIA TECNICA DA PCRR; Que o comunicante foi atendido por uma equipe do SAMU que realizou os primeiros procedimento de socorro em seguida conduziu o comunicante para o PS/HGR. Era o que tinha a comunicar.

Frank P. Carvalho

APC. FRANK P. CARVALHO
MAT. 04200410

Ediney Borges de Jesus

EDINEY BORGES DE JESUS
COMUNICANTE

DOCUMENTO
ORIGINAL
01 NOV. 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://www.reguladoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Ediney Borges de Jesus

CPF da Vítima

761.693.912-00

Data do Acidente

07-06-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau de lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Bom Vista 09 de Junho de 2018
Local e Data

DOCUMENTO
ORIGINAL
01 NOV. 2018

X Ediney Borges de Jesus
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



Visto por:

Rosalia
08/06/18

1800963383 07/06/2018 23:38:11 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19 21

Paciente **EDINEY BORGES DE JESUS** Data Nascimento **12/03/1985** Idade **33 A 2 M 26 D** CNS **700504951400758** CPF **76169391200** Prontuário
Tipo Doc **IDENTIDADE** Documento **232824** Órgão Emissor **SSP/RR** Data Emissão **15/08/2016** Sexo **M** Estado Civil **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor **PARDA** Naturalidade **MANAUS - AM** Nacionalidade **BRASILEIRA**
Mãe **VALDELENE BORGES DE JESUS** Pai **RAIMUNDO LUIZ CARDOSO JESUS** Contato **(95) 99148-1449**
Endereço **RUA - CURITIBA - 796 - NOVA CIDADE - BOA VISTA - RR** Ocupação **TÉCNICO EM ENFERM**

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

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

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA) : h

Paciente vítima de acidente de motocicleta com trauma em tornozelo (E)

Exame Físico

LOTE

Hipótese Diagnóstica

Fratura exposta tornozelo (E)

SADT - Exames Complementares

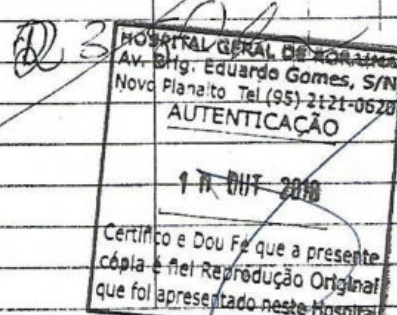
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1 - AT 500 mg
2 - Cefotaxima 1g
3 - Antibiótico 1000 mg
4 - Analgésico 1000 mg



Conduta

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

Ortopedia

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

óbito

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

☐ Não Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Impresso por: Josiel Rosas
Data Hora: 07/06/2018 23:38:47



1800963383



ELEKTROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

NF: 1576367

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

EDINEY BORGES DE JESUS

R. CURITIBA, 708 ,

NOVA CIDADE

69316192 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 841986	MÊS 10/2018	PERÍODO DE CONSUMO 08-SEP-18 a 09-OCT-18
CONSUMO (KWH) 287	VENCIMENTO 01-NOV-18	TOTAL A PAGAR R\$ 208,21

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente à emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue CDREF: 0800-70 19 120

distribuição roraima

recibo.pdf



ELEKTROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO

841986

MÊS

10/2018

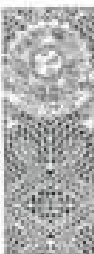
TOTAL A PAGAR

R\$ 208,21

836400000029.082100750007.000000000044.198610180053



01 NOV. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
	NOME ILDIR INACIO DE SOUZA		
	DOC. IDENTIDADE - RG (Classificação) 114807 SSP RJ		
	CVE 383-031-512-04	DATA NASCIMENTO 07/04/1978	
	PLACAO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO		
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 980151096	OMISSA E INACIO DE OLIVEIRA		
	PRESENCIA - 	DOC 	CATEGORIA AB
	IPRESIDENTE 01.019.2304	VALIDADE 28/01/2021	PRESENCIAÇÃO 15/12/1999
	ORIGEM DO 		
PRESENTE PLASTIFICADA 980151096			
	LOCAL BOA VISTA - TO-ALMA		
	DATA DE EMISSÃO 20/01/2015		
	00485240616 RR207968020		
DE SAN-RO-RORAIMA			

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINALASPX?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, reprimir, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilair Pinheiro de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 33.153.512 / 14 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ediney Borges de Jesus inscrito (a) no CPF sob o Nº 763.643.912 / 00 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Ediney Borges de Jesus inscrito (a) no CPF sob o Nº 763.643.912 / 00 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Antônio Pinheiro Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Barutia</u>	Cidade <u>Boca Vista</u>	Estado <u>Paraná</u>	CEP <u>69309-209</u>
Email <u>ilairn@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95) 98125-9538</u>

DOCUMENTO ORIGINAL
01 NOV. 2018

Boca Vista a 01 de Novembro de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josemar Cavalcante da Penha,
RG nº 4305 38-8, data de expedição 11 / 12 / 2012,
Órgão SSP, portador do CPF nº 026.705.632-01, com
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua: Góia,
nº 269,
Bairro: Nova Cidade, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Ediney Borges de Jesus,
cujo o condutor era Ediney Borges de Jesus.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda / CG150 start

Ano: 2015 / 2015

Placa: NVK 9468

Chassi: 9C2K C16 70 FR 217461

Data do Acidente: 07.06.2018

Local e Data: Boa Vista/RR, 06 / 11 / 2018.

Josemar Cavalcante da Penha
Assinatura do Declarante

Ediney Borges de Jesus
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

NOTA: Certifico que o presente documento
apresentado neste Cartório na data
indicada no carimbo eletrônico de
reconhecimento. Dou fé.



Thays Coutinho Weber
Escrevente Autorizada
Cartório Loureiro

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSPE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



Visto por
Rosalia
08/06/18

FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO-48		21	
Paciente EDINEY BORGES DE JESUS		Data Nascimento 12/03/1985		Idade 33 A 2 M 26 D		CNS 700504951400758	
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento 232824		Órgão Emissor SSP/RR		Data Emissão 15/08/2016	
Sexo M		Estado Civil SOLTEIRO/APARDA		Raça/Cor MANAUS - AM		Nacionalidade BRASILEIRA	
Nome VALDELENE BORGES DE JESUS		Contato RAIMUNDO LUIZ CARDOSO JESUS		Telefone (95) 99148-1449		Ocupação TÉCNICO EM ENFERM	
Endereço RUA - CURITIBA - 796 - NOVA CIDADE - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência	
Seção GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU REGIONAL		Procedimento Sol.		Temp.	
Queixa Principal						Registrado por: JOSIEL ROSAS	
Anamnese de Enfermagem				GSC AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL 15	
Tempo de (HORA DA CONSULTA) 11 <i>Acidente intimo de motocicleta com trauma em tornozelo (E)</i> Exame Físico LOTE Hipótese Diagnóstica <i>Fratura exposta tornozelo (E)</i> SADT - Exames Complementares ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS PRESCRIÇÃO <i>1 - AT 500mg (R)</i> <i>2 - Cefotaxima (R)</i> <i>3 - Antibiótico (R)</i> <i>4 - Morfina (R)</i> APRAZAMENTO <i>3</i> OBSERVAÇÃO Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☒ Transferência para: <i>Clínica</i> Observação ☐ Ambulatorial ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Hora: <i>11/06/2018</i> Óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ Hospital Assinatura do Paciente ou Responsável <i>[Assinatura]</i> Assinatura do Médico <i>[Assinatura]</i> Impresso por: Josiel Rosas Data Hora: 07/06/2018 23:38:47 DOCUMENTO ORIGINAL 01 NOV. 2018 Barcode							

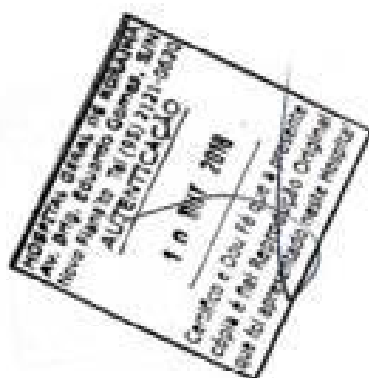
Obituário Dr. Potock

Procurar sistema de oculto como visto com inspeção
ano em vigor de VNZ (D). A partir FK/LX
experto em vigor supracitado.

CD: Ao CC.

Intenção Hospitalar

Dr. Fernando Rezende
Médico de Clínica Geral
CRM 10.100



DOCUMENTO
ORIGINAL
01 NOV. 2018

BLOCO A

Alta 24106



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Transtorno de ansiedade aguda
DOCUMENTO ORIGINAL
01 NOV. 2018

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Transtorno de Ansiedade

19 - TÍTULOS, RESULTADOS (EP, CLAS, C, D, JSTICA, DE LADAC, DE LOMES REALIZADOS)

Psic. e Exame Físico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID-10 PRINCIPAL, 22 - CID-10 SECUNDÁRIO, 23 - CID-10 CAUSAS EXTERNAS

Transtorno de ansiedade aguda

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Transtorno de ansiedade aguda

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CONSOP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Fernando Ribeiro

03/06/18

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº DO BILHETE

36 - SÉRIE

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CBOE

41 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO REQUERIDO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORÇAMENTAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CONSOP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() OPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

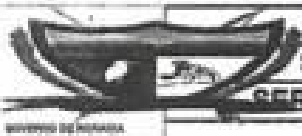
0408080497

5828

W499

Alta 18.6

14

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	EDNEY BORGES DE JESUS		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	DATA	08/06/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		5M
2	SF0,9 500ML EV DE 12/12H		24
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H		24
4	TILATIL 40MG EV 1X/DIA		24
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H		24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		24
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		24
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		24
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		24
10	SSVV + CCGG 6/6 H		24
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		24
14	CURATIVO DIÁRIO		24
15	GENTAMICINA 240MG EV 1X/DIA		24
16			24
17			24
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).		24
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI		24
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%		24
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		24

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Siqueira Campos, 500
 Fone: (68) 3111-0000
 18 OUT 2018
 O presente
 cópia e fiel reprodução Original
 que foi conservada neste Hospital

EVOLUÇÃO MÉDICA:

J BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA
 2500g paciente, sem queixas, realizou avaliações ale-
 torias e SSVV, segue para as cuidados da equipe Enferm

DOCUMENTO
 ORIGINAL
 01 NOV. 2018

Dr. Marcos Brunner
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 111111

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	D
6 H	140x84	96	36,0°C	2x
12 H	140x84	105	36,0°C	
18 H	150/100	101	36,0°C	
24 H	150x100	82	36,4°C	

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.

09/06 22h. PA: 150x93
 FC: 96
 T: 36,7

Paciente: Chau Borges de Jesus

Diagnóstico Pré-operatório: FX e Lx de Tarsometatarsos (E)

Procedimento: Tratamento Cirúrgico de FX e Lx de Tarsometatarsos (E)

Cirurgião: Dr. Elder R3 1º Auxiliar: Dr. Jussiele

Boletim Operatório

1. Paciente em DDH sob urgência
2. AA + CCE + Redução Interna da FX;
3. LMC Frontal + Sutura da Pele;
4. Drenagem de fixador Externo Transarticular pelo foco da fratura / Luxação + Cartilagem Rota

Cópia

5. Anestesia

6. A RPA.

DOCUMENTO
ORIGINAL

01 NOV. 2018

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3528/RN

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto - Tel (65) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO 1º OUT 2018 Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel/Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital

Dr. Fernando Rezende
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM 3528/RN



Emergência

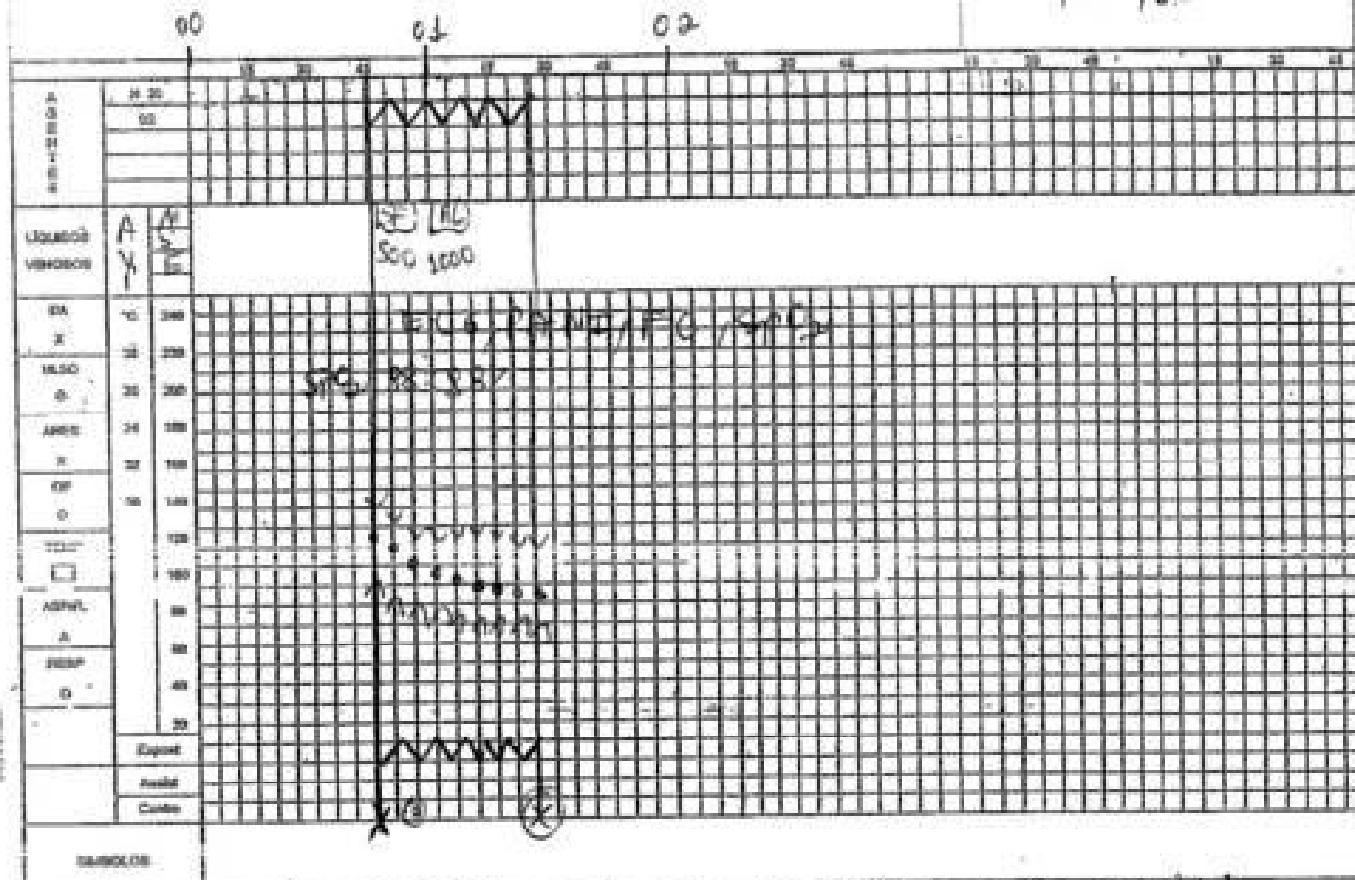
HC - HOSPITAL DE CURITIBA DO ESTADO DO PARANÁ

FICHA DE ANESTESIA

Ediney Borges de Jesus

Id: 33 anos

08/06/18



ANESTESIA	DOSES	TEMPO	REMARKS
1. Propofol 9,5% 18,5mg		00:45	1. Anestesia + Jack 12
2.			2. Anestesia + Jack 12
3.			3. Anestesia + Jack 12
4.			4. Anestesia + Jack 12
5.			5. Anestesia + Jack 12
6.			6. Anestesia + Jack 12
7.			7. Anestesia + Jack 12
8.			8. Anestesia + Jack 12
9.			9. Anestesia + Jack 12
10.			10. Anestesia + Jack 12
11.			11. Anestesia + Jack 12
12.			12. Anestesia + Jack 12
13.			13. Anestesia + Jack 12
14.			14. Anestesia + Jack 12
15.			15. Anestesia + Jack 12
16.			16. Anestesia + Jack 12
17.			17. Anestesia + Jack 12
18.			18. Anestesia + Jack 12
19.			19. Anestesia + Jack 12
20.			20. Anestesia + Jack 12
21.			21. Anestesia + Jack 12
22.			22. Anestesia + Jack 12
23.			23. Anestesia + Jack 12
24.			24. Anestesia + Jack 12
25.			25. Anestesia + Jack 12
26.			26. Anestesia + Jack 12
27.			27. Anestesia + Jack 12
28.			28. Anestesia + Jack 12
29.			29. Anestesia + Jack 12
30.			30. Anestesia + Jack 12
31.			31. Anestesia + Jack 12
32.			32. Anestesia + Jack 12
33.			33. Anestesia + Jack 12
34.			34. Anestesia + Jack 12
35.			35. Anestesia + Jack 12
36.			36. Anestesia + Jack 12
37.			37. Anestesia + Jack 12
38.			38. Anestesia + Jack 12
39.			39. Anestesia + Jack 12
40.			40. Anestesia + Jack 12
41.			41. Anestesia + Jack 12
42.			42. Anestesia + Jack 12
43.			43. Anestesia + Jack 12
44.			44. Anestesia + Jack 12
45.			45. Anestesia + Jack 12
46.			46. Anestesia + Jack 12
47.			47. Anestesia + Jack 12
48.			48. Anestesia + Jack 12
49.			49. Anestesia + Jack 12
50.			50. Anestesia + Jack 12
51.			51. Anestesia + Jack 12
52.			52. Anestesia + Jack 12
53.			53. Anestesia + Jack 12
54.			54. Anestesia + Jack 12
55.			55. Anestesia + Jack 12
56.			56. Anestesia + Jack 12
57.			57. Anestesia + Jack 12
58.			58. Anestesia + Jack 12
59.			59. Anestesia + Jack 12
60.			60. Anestesia + Jack 12
61.			61. Anestesia + Jack 12
62.			62. Anestesia + Jack 12
63.			63. Anestesia + Jack 12
64.			64. Anestesia + Jack 12
65.			65. Anestesia + Jack 12
66.			66. Anestesia + Jack 12
67.			67. Anestesia + Jack 12
68.			68. Anestesia + Jack 12
69.			69. Anestesia + Jack 12
70.			70. Anestesia + Jack 12
71.			71. Anestesia + Jack 12
72.			72. Anestesia + Jack 12
73.			73. Anestesia + Jack 12
74.			74. Anestesia + Jack 12
75.			75. Anestesia + Jack 12
76.			76. Anestesia + Jack 12
77.			77. Anestesia + Jack 12
78.			78. Anestesia + Jack 12
79.			79. Anestesia + Jack 12
80.			80. Anestesia + Jack 12
81.			81. Anestesia + Jack 12
82.			82. Anestesia + Jack 12
83.			83. Anestesia + Jack 12
84.			84. Anestesia + Jack 12
85.			85. Anestesia + Jack 12
86.			86. Anestesia + Jack 12
87.			87. Anestesia + Jack 12
88.			88. Anestesia + Jack 12
89.			89. Anestesia + Jack 12
90.			90. Anestesia + Jack 12
91.			91. Anestesia + Jack 12
92.			92. Anestesia + Jack 12
93.			93. Anestesia + Jack 12
94.			94. Anestesia + Jack 12
95.			95. Anestesia + Jack 12
96.			96. Anestesia + Jack 12
97.			97. Anestesia + Jack 12
98.			98. Anestesia + Jack 12
99.			99. Anestesia + Jack 12
100.			100. Anestesia + Jack 12

Pr. Ana Paula R2 Barile Pr. Elder R1 Fernando

Dr. Atencião, Dr. Almeida e Dr. Almeida

01 NOV. 2018



HOME

SAL: - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRURGICO/SRPA

Endosymbiont

TRANSDUCER MATERIALS

2000

[illegible]

0 1 NOV 2010



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - CRES

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CRES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

7 0 0 5 0 4 9 5 1 4 0 0 7 5 8

12 / 03 / 1985

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Valauren Borges da Jesus

915 9191141811414

12 - ENDEREÇO (RUA, V. SAÍDO)

R. Cívica 796 Nova Lidaia

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. DO MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

BV

PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Febre, Tosse e Phor.
Quadrante

18 - CONDIÇÕES QUE ANTERECEDAM A INTERNAÇÃO

Clínica

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

Clínica

20 - IDENTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRIMÁRIO 22 - CID 10 SECUNDÁRIO DAS DOENÇAS

Febre, Tosse e Phor.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

25 - CLÍNICA

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTO

28 - Nº DOCUMENTO (CNS/OPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

31 - ASSINATURA E CARIMBO (P) DO REGISTRO DO CONSELHO

18 / 06 / 15

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - ACIDENTE DE TRABALHO

33 - CDD DA DOENÇA

34 - SÉRIE

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - CDD EMPRESA

37 - CDD DA EMPRESA

38 - SÉRIE

39 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

41 - EMPREGADOR

42 - EMPREGADOR

43 - EMPREGADOR

44 - EMPREGADOR

45 - EMPREGADOR

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD. ORGÃO EMISSOR

48 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - CDD

50 - CDD

51 - Nº DO DOCUMENTO QUE FUNDAMENTA A INTERNAÇÃO, COM ASSINATURA

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

53 - ASSINATURA E CARIMBO (P) DO REGISTRO DO CONSELHO

18/06/15

01 NOV. 2018 R-6

0408060360 + T84



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data:

11/12/18

O.S.

Edy R. Lima

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Colo, bexiga - 2.12.18

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

2.12.18

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Edy R. Lima

1º AUXILIAR:

Edy R. Lima

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTA:

Edy R. Lima

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

Dr. Roberto L. P. Dias
Nº 11.111-1/2018
11/12/18

RELATÓRIO CIRURGICO

1 - pleura, pulmão
2 - pulmão, pleura
3 - pulmão, pleura
4 - pulmão, pleura
5 - pulmão, pleura
6 - pulmão, pleura
7 - pulmão, pleura
8 - pulmão, pleura
9 - pulmão, pleura
10 - pulmão, pleura
11 - pulmão, pleura
12 - pulmão, pleura
13 - pulmão, pleura
14 - pulmão, pleura
15 - pulmão, pleura
16 - pulmão, pleura
17 - pulmão, pleura
18 - pulmão, pleura
19 - pulmão, pleura
20 - pulmão, pleura
21 - pulmão, pleura
22 - pulmão, pleura
23 - pulmão, pleura
24 - pulmão, pleura
25 - pulmão, pleura
26 - pulmão, pleura
27 - pulmão, pleura
28 - pulmão, pleura
29 - pulmão, pleura
30 - pulmão, pleura
31 - pulmão, pleura
32 - pulmão, pleura
33 - pulmão, pleura
34 - pulmão, pleura
35 - pulmão, pleura
36 - pulmão, pleura
37 - pulmão, pleura
38 - pulmão, pleura
39 - pulmão, pleura
40 - pulmão, pleura
41 - pulmão, pleura
42 - pulmão, pleura
43 - pulmão, pleura
44 - pulmão, pleura
45 - pulmão, pleura
46 - pulmão, pleura
47 - pulmão, pleura
48 - pulmão, pleura
49 - pulmão, pleura
50 - pulmão, pleura
51 - pulmão, pleura
52 - pulmão, pleura
53 - pulmão, pleura
54 - pulmão, pleura
55 - pulmão, pleura
56 - pulmão, pleura
57 - pulmão, pleura
58 - pulmão, pleura
59 - pulmão, pleura
60 - pulmão, pleura
61 - pulmão, pleura
62 - pulmão, pleura
63 - pulmão, pleura
64 - pulmão, pleura
65 - pulmão, pleura
66 - pulmão, pleura
67 - pulmão, pleura
68 - pulmão, pleura
69 - pulmão, pleura
70 - pulmão, pleura
71 - pulmão, pleura
72 - pulmão, pleura
73 - pulmão, pleura
74 - pulmão, pleura
75 - pulmão, pleura
76 - pulmão, pleura
77 - pulmão, pleura
78 - pulmão, pleura
79 - pulmão, pleura
80 - pulmão, pleura
81 - pulmão, pleura
82 - pulmão, pleura
83 - pulmão, pleura
84 - pulmão, pleura
85 - pulmão, pleura
86 - pulmão, pleura
87 - pulmão, pleura
88 - pulmão, pleura
89 - pulmão, pleura
90 - pulmão, pleura
91 - pulmão, pleura
92 - pulmão, pleura
93 - pulmão, pleura
94 - pulmão, pleura
95 - pulmão, pleura
96 - pulmão, pleura
97 - pulmão, pleura
98 - pulmão, pleura
99 - pulmão, pleura
100 - pulmão, pleura

01 NOV. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

ID - 33 anos

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Ediney Borges de Jesus	110-01	-	18/10/18

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
Osteomielite de TNZ (E)	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	11:15	15:30	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	Dr. Walter	ANESTESISTA:	Dr. Marisa
1º AUXILIAR	Dr. Rogério	RES. ANESTESIA:	R. S. Bruno
2º AUXILIAR	R. S. Marcos	INSTRUMENTADOR	R. S. Fernando
		CIRCULANTE	Kelly Jennifer / Bahia

TIPO DE ANESTESIA	Raque : 25-25 kg	TEMPO DE DURAÇÃO:	
-------------------	------------------	-------------------	--

C. INT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
17	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		17	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500ml.
17	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
12	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.5		1	FIO VICRYL®	
	LUVA ESTÉRIL 8.0		7	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURINº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
1	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
7	SERINGA 10ML		100ml	GEOFOAM	Alcool 70%
	SERINGA 20ML		100ml	FFA CARDIACA	Topico
1	Esparadrapo		1	OUTROS:	Alcool 70% epon

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

01 NOV. 2018



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Artroscopia de TNZ E

Data: 19 / 06 / 2018

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Prontuário: Edney Borges de Jesus

Idade 33a

Bloco: A Enfermaria 410 Leito: 01

Cirurgia: Implantes Bloqueadores de Pequenos fragmentos Nº _____

Circulante: Villy Sponyffer / Bahia Sala 02

Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

1 Placa Tercio de cano - 10 furos
7 Parafusos espongiosos - 20mm
1 " " " - 16mm
1 " " Cortical - 40mm
1 " " " - 45mm


Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

01 NOV. 2018

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA 1.ª CÍRSCIA

Anestesia: Deprimida II

INFORMAÇÕES GERAIS

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIÁVEIS VERBALMENTE:

() Identificação do procedimento
() Sinal cirúrgico
() Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

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

(c) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumental, proteção e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFISSÃO ANTIALÉRGICA/BIOMAN FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica
() Sim

Cirurgião: _____ Paciente: _____

AS EQUIPES ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
() Sim () Não

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

INFORMAÇÕES GERAIS

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

1- O NOME E O PROCEDIMENTO REGISTRADO:

() Sim () Não

2- SE AS CONDIÇÕES DE INSTALAÇÕES CIRÚRGICAS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

() Sim () Não () Não se aplica

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

() Sim () Não () Não se aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

() Sim () Não

(a) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

() Sim () Não () Não se aplica

Assinatura: _____
Cirurgião

Assinatura: _____
Anestesiologista e Cirurgião

01 NOV. 2018



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Edney Douglas de Jesus 33 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 19 / 06 / 18 COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura de humero esquerdo no terço médio (I)
NO DIA 16 / 06 / 18 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Ulnar e rádio de fratura de humero esquerdo (I) SENDO
OPERADO PELO DR. Rogério E DR. Delson
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 20 / 06 / 18 AS 13:00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 05 / 07 / 18 AS 13:00 COM
DR. Rogério

DOCUMENTO
ORIGINAL
01 NOV. 2018



ORIENTAÇÕES GERAIS :

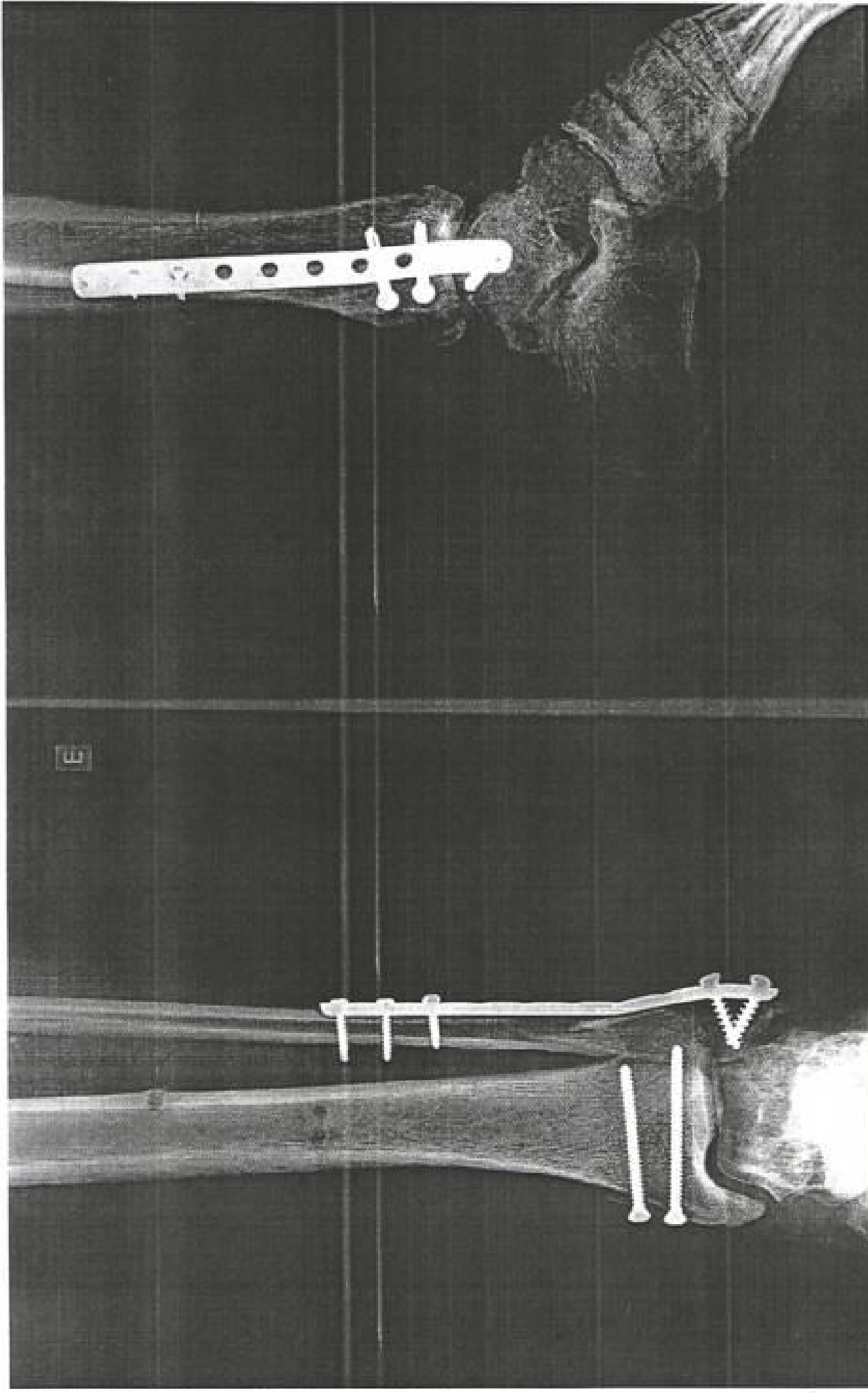
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Fernando Rezende
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM 200

BOA VISTA 20 / 06 / 18

MÉDICO



EDNEY JESUS

10365

HOSPITAL CORONEL MOTA

04/09/2018

Alex

78.4 kg



F

48.1 %

25/06/2018 09:44:08

48.2 %

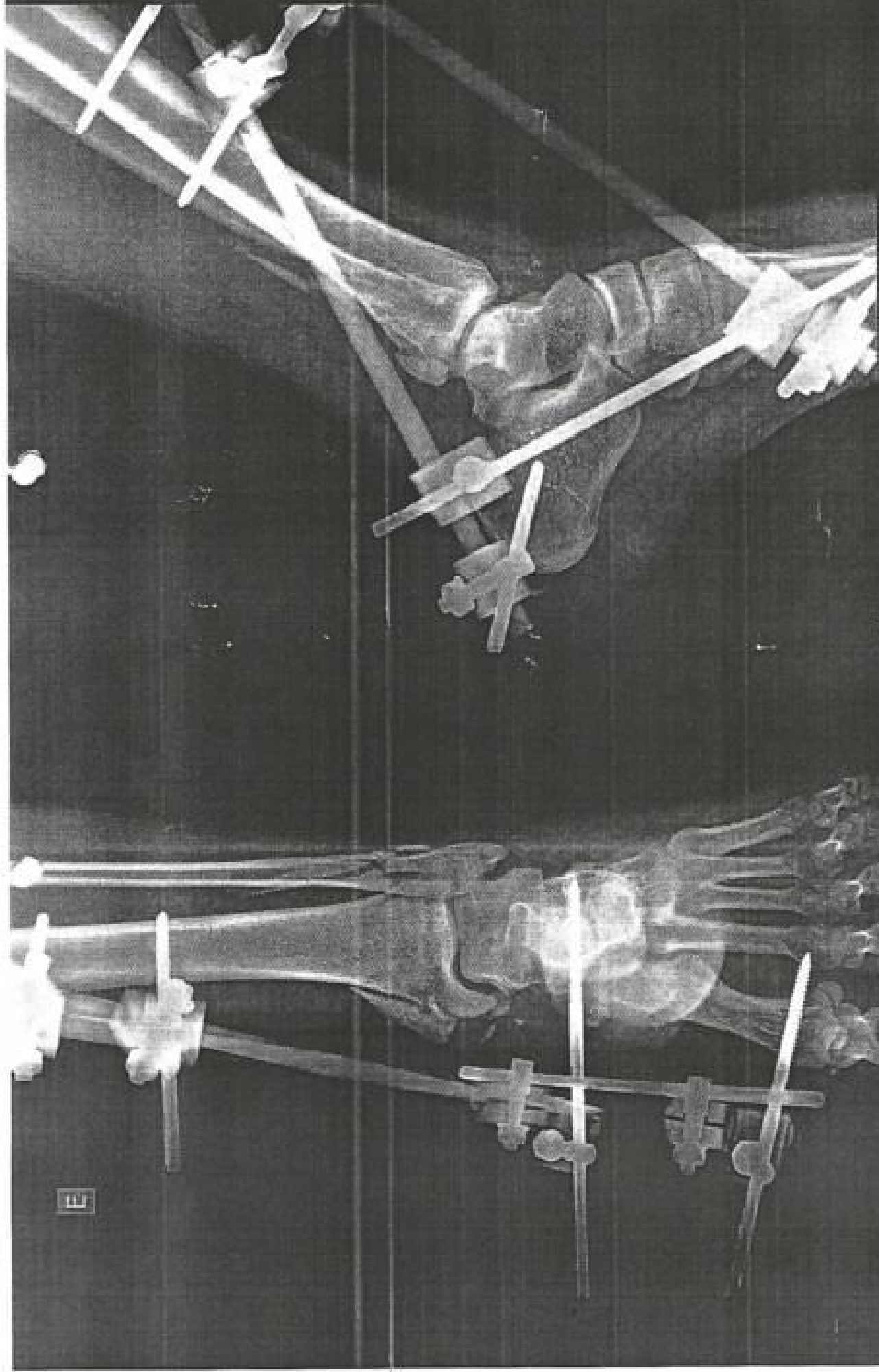
25/06/2018 09:44:08

EDNEI BORGES DE JESUS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR NASCIMENTO / ED DO RILENE

E



51.3 %

12/02/2018 15:21:44

55.5 %

12/02/2018 15:21:44

EDNEY BORGES DE JESUS,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. DARLAN ED. FRANCILENE

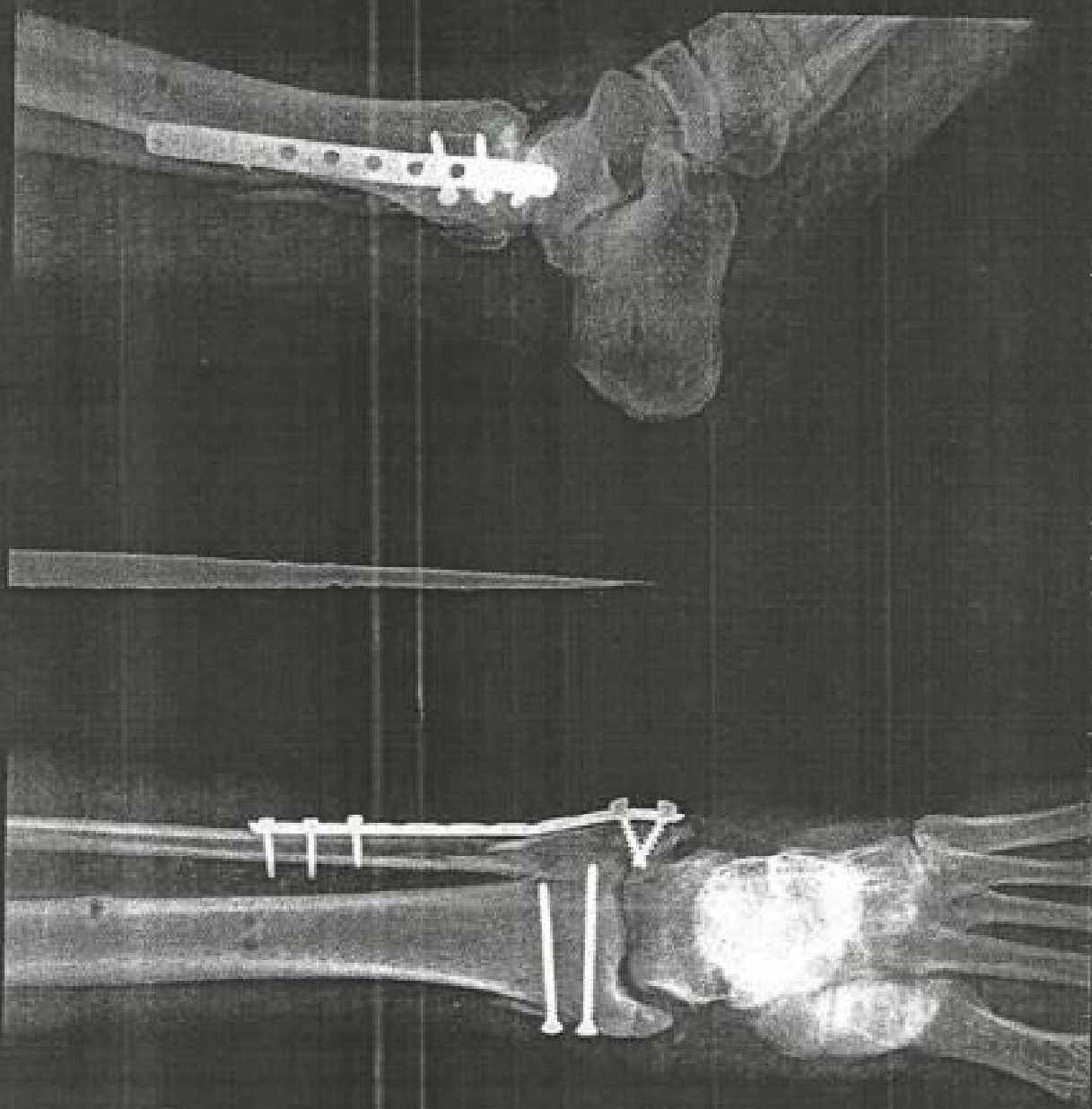
D

EDNI BORGES

8/6/2018 00:05:49

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

67.7%



III

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

EDINEY BORGES DE JESUS 12/07/2018

D/N

53,8 %

MEMBROS INFE

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

NOME
 EDINEY BORGES DE JESUS

DOC IDENTIDADE / ÓRG EMISSOR
 232824 SSP RR

CPF
 761.693.912-00

DATA NASCIMENTO
 12/03/1985

FILIAÇÃO
 RAIMUNDO LUIZ CARDOSO
 JESUS
 VALDELENE BORGES DE
 JESUS

PERMISSÃO
 ACC
 CAT HAB
 AB

Nº REGISTRO
 03143918816

VALIDADE
 25/07/2019

1ª HABILITAÇÃO
 09/12/2003

OBSERVAÇÕES

Ediney Borges de Jesus.
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
 03/02/2016

14862175121
 RR208726306

LUIZ EDUARDO SILVA DE CASTILHO
 DIRETOR DE REGISTRO E HABILITAÇÃO
 DETRAN RR
 ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1236011141

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1236011141

01 NOV. 2018

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão José Carlos, 407 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.001-400 (011) 4001.44 (Fax: 011) 4001.44
Boa Vista / Roraima - Brasil - 69.001-400
Regime especial de tributação adotado pela LEI Nº 9.472/97

11º da Nova Foz de Iguaçu 001340033
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE Roraima
está sob o nº 10.470 de 26 de abril de 2002

CONTADOR	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2018	11/09/2018	277	192,70

ILDIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P. GALVAO 1832 6 BURITIS
CPF: 000918305151096
C/P: 69.309-100 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021750

UNIDADES DE LEITURA	SW	VARI	DATAS DA LEITURA
Atual	51748		Atual 27/08/2018
Anterior	51471		Anterior 25/07/2018
Consumo da Medição	1.000		Próxima Leitura 24/09/2018
Consumo Médio	277		Exatidão 24/08/2018
Consumo Mínimo	272	FECH	Apresentação 27/08/2018

NORMA

33

CADASTRO DE INSCRIÇÃO CONTRIBUICIONARIA

RESIDENCIAL	UF	INSCRIÇÃO	CPF	CPF-FIN	CPF-12 meses
RESIDENCIAL	RR	2307045	N 2519404	1.1.1.1.1	194

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/Ano	CONSUMO 277 A R\$ 0,557486 = 154,47
JUL/18 150	CORREÇÃO MONETARIA DA 06/18-09 0,15
AUG/18 201	CORREÇÃO MONETARIA IC 06/18-09 2,05
MAI/18 205	MULTA POR ATRASO DE 1 06/18-09 0,91
ABR/18 255	JUROS DE MORA POR ATR 06/18-09 0,50
MAR/18 282	MULTA POR ATRASO 06/18-09 2,28
FEV/18 380	JUROS DE MORA DE 1MPO 06/18-09 1,00
JAN/18 207	ILUMINAÇÃO PÚBLICA 11,25
DEZ/17 183	
NOV/17 155	
OUT/17 142	
DEZ/17 142	
JAN/18 142	

Ilidir Inacio de Souza

MESSAGENS IMPORTANTES / REAVISOS DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Valor de consumo atualizado a suporção de 10% (Tabela de 10%)
07/2018	137,77	151,55 (10% de 137,77)

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

Nome: **ILDIR INACIO DE SOUZA**

DOC. IDENTIDADE - RG (Classificação): **114807 550 RR**

CPF: **000.918.305-04** DATA NASCIMENTO: **07/06/1976**

PLACAO: **JOSE SOUZA DE ASSUNCAO**

UNIDADE E NOME DO VEICULO: **OLIVEIRA**

TIPO: **AB**

IPSESSO: **011019.2304** VALOR: **28/01/2021** PRAZOS: **15/12/1999**

VALIDA EM TODOS OS VEICULOS NACIONAIS: **980151096**

PREMIOS PLASTIFICAR: **980151096**

LOCAL: **BOA VISTA - RR - AIMA** DATA DE EMISSÃO: **30/01/2015**

92485240616
RR207968020

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180518855 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINEY BORGES DE JESUS **Data do acidente:** 07/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Ediney Borges de Jesus
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	232824 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua Curitiba, 796, Nova Cidade

OUTORGADO

NOME:	Ilean Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônoma
IDENTIDADE:	114.807 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua Antônio Pinheiro Gomes, 1832, Buita

Pelo presente instrumentô Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.



Boa Vista 02/07/2018

LOCAL E DATA

Ediney Borges de Jesus
99156-1315

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Atalide Teive, 4307 - Asa Branca - Boa Vista/RR
Fone: (95) 3637-4186
Oficio@boaavista@cartorioaquino.com.br

28458
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
EDINEY BORGES DE JESUS

Em testemunho da verdade. BPO
De que dou fé. Boa Vista/RR, 02 de julho de 2018.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadeportal.com.br
REC/FIR/168295E6LFSMAGHUT/4H74/

Emolumentos: R\$ 2,39 Fundos ISS: R\$ 0,60 Total: R\$ 2,99

Ana Claudia Almeida Pinheiro
Escritorante Autorizada

DOCUMENTO
ORIGINAL
01 NOV. 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0401294/18

Vítima: EDINEY BORGES DE JESUS

CPF: 761.693.912-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/06/2018

Titular do CPF: EDINEY BORGES DE JESUS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

EDINEY BORGES DE JESUS : 761.693.912-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/11/2018
Nome: EDINEY BORGES DE JESUS
CPF: 761.693.912-00

EDINEY BORGES DE JESUS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2018
Nome: ANGELILCE ARRUDA MOREIRA
CPF: 720.283.862-15

ANGELILCE ARRUDA MOREIRA