



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza
OAB/RR 340B

Dr. Johon Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: ANTONIO PAULO SENA MATOS, brasileiro(a), estado civil: solteiro, Profissão: autônomo, portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 405600-0 SSP/RR e inscrito(a) no CPF/MF nº 006.779.152-25, residente na Rua. Da vaquejada, nº 25, Bairro: Sagrada Família, CEP 69.340-000 no município de Mucajai/RR, telefone: 99118-8051, E-mail: zanzamasullo@hotmail.com, vêm através de seu advogado in fine assinado, com escritório profissional na Rua Gal Penha Brasil 102 Centro – Boa Vista – Roraima, por este instrumento particular nomeia e constitui seus procuradores.

OUTORGADOS: SOUZA & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade civil, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 66 com escritório profissional situado na Rua General Penha Brasil 102, Bairro Centro, Boa Vista-RR, representada por seu sócio administrador **Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA**, brasileiro, separado judicialmente, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº. 317B, **Dra. PAULA RAFFAELA PALHA DE SOUZA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº. 340B e **Dr. JOHON EMERSON DE SOUZA CAMILO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº. 1.376, a quem confere amplos poderes:

PODERES ESPECIAIS: para representá-lo no processo em Foro em Geral com a cláusula *ad judicium et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou oponente, ou por qualquer modo interessado, podendo para isso, requerer e promover judicial ou extrajudicialmente, em qualquer causa, conforme estabelecido no artigo 105 do CPC/2015, bem como propor ações, produzir provas e seguir qualquer recurso legal, e os especiais para firmar compromissos, substabelecer, renunciar, receber intimações, desistir, recorrer, apelar, transigir, discordar, dar de suspeito a quem lhe convier, retirar e receber alvarás junto a secretaria do fórum, retirar e receber guias de retirada, receber valores e dar quitação, receber bens penhorados ou em adjudicação, enfim, tratar de seus interesses, bem como praticar todos os atos necessários para o fiel e bom cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom, firme e valioso em especial para propor Ação de Cobrança do Seguro Obrigatório DPVAT.

Boa Vista/RR 11 de Março de 20 19

Antonio Paulo Sena Matos

Outorgante

CPF/MF nº



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

Dr. John Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza
OAB/RR 340B

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU: ANTONIO PAULO SENA MATOS, brasileiro(a), estado civil: solteiro, Profissão: autônomo, portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 405600-0 SSP/RR e inscrito(a) no CPF/MF nº 006.779.152-25, residente na Rua. Da vaquejada, nº 25, Bairro: Sagrada Família, CEP 69.340-000 no município de Mucajai/RR, telefone: 99118-8051, E-mail: zanzamasullo@hotmail.com

DECLARO para os devidos fins de direito e a quem interessar possa que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da lei 1.060/50. Por ser a mais lúdima expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Boa Vista, 11 de Março de 2019

Antonio Paulo Sena matos

DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO OCULO E FLS

 Polegar Direito 

Antonio Paulo Senna matos

CARTIPIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 405600-0 DATA DE EMISSÃO 15/09/2017

NOME
ANTONIO PAULO SENA MATOS

PRENOME
ANTONIO GOMES MATOS
MARIA DOS SANTOS SENA

LOCAL DE NASCIMENTO
SANTA INÊS - MA DATA DE NASCIMENTO 11/10/1996

NUM. DO REGISTRO
CERTD NASC 20096 FLS 150 LIV A-19
SANTA LUZIA DO PARUÁ-MA

CPF 006.779.152-25

1ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Polícia Federal/Secretaria de Polícia Civil
Grande de 1000

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P1


Eletrobras
Distribuição Roraima

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA
VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 123171

MARIA DOS SANTOS SENA

R. DA VAQUEJADA, 25,
SAGRADA FAMILIA

69340000 MUCAJAI

RR

CÓDIGO ÚNICO 5321298	MÊS 10/2017	PERÍODO DE CONSUMO 25-SEP-17 a 25-OCT-17
CONSUMO (kWh) 103	VENCIMENTO 11-NOV-17	TOTAL A PAGAR R\$ 56,40

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui


Eletrobras
Distribuição Roraima

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA
VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 5321298	MÊS 10/2017	TOTAL A PAGAR R\$ 56,40
--------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

836600000001.564000750005.000000005322.129810170057



O SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS DE TERCEIROS É UM SEGURO DE RESPONSABILIDADE CIVIL QUE
 COBERTURA O SEU PATRIMONIO E O SEU PATRIMONIO DE OUTROS, SEUS BENS, SEUS BENS, SEUS
 PATRIMONIO E O SEU PATRIMONIO DE OUTROS, SEUS BENS, SEUS BENS, SEUS BENS, SEUS
 PATRIMONIO E O SEU PATRIMONIO DE OUTROS, SEUS BENS, SEUS BENS, SEUS BENS, SEUS

RR Nº 012661079353 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatseguradora.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 20/07/2017

VIA 01 006.779.432-25 CPF CNPJ

BENEFICIÁRIO HONDA/NXR150 BROS ES MARCA/MODELO

007031/0452

ANO FAP 2006

922KD03307RG21V15

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$81.27 DEVALIAÇÃO (R\$) R\$9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.25

CUSTO DO PLATE (R\$) R\$4.13

CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$94.38

DATA DE CANCELAMENTO 28/06/2017

QOTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04

742601

FEV-2016

----- AUTENTICAÇÃO -----
Autentico por ser fotocópia fiel do documento
apresentado.
O referido é verdade e dou fé.

Mucajai - RR, 11 de setembro de 2017
Emolumentos: R\$ 2,96 + selo: R\$ 0,00 -- Total:
R\$2,96

Paulo Sergio de Souza
Procurador da Justiça

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
DE POLÍCIAMENTO DO INTERIOR - CPI
1ª PEL PM 4ª CIPM / MUCAJAI
ONIA: Patrimônio dos Brasileiros



RÊNCIA POLICIAL - SÉRIE DIGITAL - Nº 089 2017

Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Tran	H/ini	H/Ch	H/Fim
111	4ª CIPM	11/08/2017	4ª PEL	18hs30min	18hs30min	18hs33min	20hs00min

Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini	Km/Fim
1001/1003	13999	.....	53047	53050

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Av/Rua	Bairro	Pt. Ref.
Av. Emancipação com Rua São João	Nova Jerusalém	Cruzamento

PESSOAS RELACIONADAS

01	ENVOLVIDO/ TAXISTA	Nome	Francieli Vitorino Barbosa	Idade	41	E. Civil	Solteiro
Endereço	Rua: Boa Esperança	Nº	99	Bairro	Centenário / Boa Vista	Profissão	Taxista
RG	117265 SSP/RR	CNH	00804979341	Idade	19	E. Civil	União Estável
02	ENVOLVIDO	Nome	Antônio Paulo Seta Matos	Idade	19	E. Civil	União Estável
Endereço	Rua da Vaquejada	Nº	26	Bairro	Sagrada Família	Profissão	Carvoeiro
RG	Não Portava	CNH	Não Possui	Idade	18	E. Civil	Casado
03	ENVOLVIDO	Nome	Marcos Vinicius Seta Matos	Idade	18	E. Civil	Casado
Endereço	Rua da Vaquejada	Nº	27	Bairro	Sagrada Família	Profissão	Estudante
RG	Não Portava	CNH	.....	Idade	35	E. Civil	Solteiro
04	VITIMA	Nome	Francinalva Costa Alencar	Idade	35	E. Civil	Solteiro
Endereço	Rua Luiz Santana	Nº	1075	Bairro	São Raimundo	Profissão	Autônoma
RG	Não Portava	CNH	.....	Idade	15	E. Civil	Solteira
05	VITIMA	Nome	Jakeline Silva Costa	Idade	15	E. Civil	Solteira
Endereço	S-07 com N-21	Nº	...	Bairro	Pintolândia / Boa Vista	Profissão	Estudante
RG	Não Portava	CNH	.....	Idade	48 dias	E. Civil	Solteiro
06	VITIMA	Nome	Marcos Aurélio Figueira	Idade	48 dias	E. Civil	Solteiro
Endereço	Rua Peixes	Nº	s/n	Bairro	Cidade Satélite	Profissão	.....
RG	Não possui	CNH	.....	Idade	30	E. Civil	Casada
07	TESTEMUNHA	Nome	Rute Alves Ribeiro	Idade	30	E. Civil	Casada
Endereço	Rua Peixes	Nº	s/n	Bairro	Cidade Satélite	Profissão	Do Lar
RG	Não Portava	CNH	.....	Idade	22	E. Civil	Solteira
08	TESTEMUNHA	Nome	Fernando Nadson Repolho Pereira	Idade	22	E. Civil	Solteira
Endereço	Rua Padre Ricardo Silvestre	Nº	s/n	Bairro	Sagrada Família	Profissão	Autônoma
RG	Não Portava	CNH	.....	Idade	.....	Profissão	.....

OBSERVAÇÕES, OBJETOS, ARMAS APREENDIDAS.

Recebi conduzindo (s) material (ais) acima anotados:

ASSINATURA	CARGO	LOCAL
<i>Paulo Sergio de Souza</i>	<i>Procurador da Justiça</i>	<i>11/08/2017</i>

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Senhor Delegado de Mucajai, informo-vos que em patrulhamento ostensivo, fomos acionados por populares informando que no endereço acima citado havia ocorrido um acidente de trânsito envolvendo um carro e uma motocicleta. Ao chegarmos no local informado pelo solicitante, constatamos a veracidade do ocorrido, sendo que o SAMU já estava no local prestando os primeiros socorros às vítimas do acidente. Dos fatos: O senhor Franciel (item 01) condutor do veículo FIAT/DOBLO ADV 1.8 FLEX, cor branca e placas NAX 2909 (TAXI 001), nos informou que é taxista e faz linha interestadual Mucajai/Boa Vista pela COTAM, e que estava buscando os passageiros para fazer uma corrida para Boa Vista, quando ao transitar pela rua São João sentido Bairro Centro, e ao passar pelo cruzamento com a Av. Emancipação, a motocicleta HONDA/NXR150 BROS ES, cor preta, placa NAS 5860, conduzida pelo senhor Antônio (item 02), que seguia pela Av. Emancipação sentido Bairro Nova Jerusalém/São Raimundo, colidiu na lateral do veículo conduzido por ele, o Fiat/Dobro (Taxi), fato este confirmado pelas testemunhas itens 07 e 08. O condutor da motocicleta não possui habilitação.

Das Escoriações: Os passageiros do TAXI, a senhora Francinalva (item 04), Jakline (item 05) e a criança Marcos (item 06) ficaram feridos devido ao impacto na lateral esquerda do taxi causado pela motocicleta. Sendo que a Senhora Francinalva teve um trauma na cabeça e um corte no nariz, a senhora Jakline com trauma na cabeça, corte no rosto do lado direito, a criança teve escoriações pelo rosto devido aos estilhaços do vidro. O condutor da motocicleta, o senhor Antônio teve uma fratura de fêmur, clavícula ambos do lado esquerdo e escoriações pelo rosto, e o passageiro (garupa) o senhor Marcos (item 03) teve escoriações pelo braço e perna ambos do lado esquerdo. Das avarias: FIAT/DOBLO: Portas dianteira e traseira lado direito, HONDA/NXR150 BROS: diversas avarias na parte dianteira e lateral esquerda. Todos que necessitaram de atendimento médico foram conduzidos pelo SAMU, condutor/técnico em enfermagem Carlos e socorrista Martins, até o hospital local, sendo atendidos pelo médico plantonista Dr. Walter.

Informo que não há placas de sinalização no cruzamento das vias (local do acidente), e que não foi possível acionar a perícia, tendo em vista o local do acidente ter sido violado por populares, onde a motocicleta já não estava mas no local do ocorrido.

Diante dos fatos narrados, apresento este relatório para conhecimento e devidas providências cabíveis. Era o que tinha a relatar.

	Nº	Posto/Grad.	SUOp
 ROGER DIEGO F. SILVA	47000992	3º SGT PM	4º PEL/4º CIPM

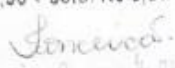
AUTENTICAÇÃO

Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado.

O referido é verdade e dou fé.

Mucajai - RR, 11 de setembro de 2017.

Emolumentos: R\$ 2,96 + selo. R\$ 0,00 - Total:
R\$2,96


Jane Conceição da Silva
Procuradora Autenticação





DEPARTMENT OF DEFENSE
OFFICE OF THE INSPECTOR GENERAL

Guia 17013770 registrada por WILLIAM

CONFERE COM ORIGINAL

BLOCO A

... Guia de Atendimento 02 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3305 - AEROPORTO



1700821054 11/08/2017 20:09:08 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19: 7

Paciente: **ANTONIO PAULO SENA MATOS** Data Nascimento: **11/10/1996** Idade: **20 A 10 M 0 D** CNS: **709803035355097** CPF: **00677915225** Prontuário

Tipo Doc: **IDENTIDADE** Documento: **4056000** Órgão Emissor: **SSPRR** Data Emissão: **M** Sexo: **M** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Raça/Cor: **PARDA** Naturalidade: **SANTA INES - MA**

Mãe: **MARIA DOS SANTOS SENA** Pai: **ANTONIO GOMES MATOS** Contato: **(95) 99127-0188**

Endereço: **RUA - DA VAQUEJADA - 25 - - MUCAJAI - RR** Ocupação:

Class. da Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: **URGÊNCIA** Validade: **URGÊNCIA** Autorização: **URGÊNCIA** Sis Prenatal: **URGÊNCIA**

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

Serviço: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **SAMU REGIONAL** Procedimento Sol.: **URGÊNCIA** Registrado por: **ORLEAN.SOUZA**

Queixa Principal: **URGÊNCIA** ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: **URGÊNCIA** GSC: **URGÊNCIA** TOTAL: **URGÊNCIA**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - **URGÊNCIA**)

URGÊNCIA

Exame Físico: **URGÊNCIA**

URGÊNCIA

Hipótese Diagnóstica: **URGÊNCIA**

URGÊNCIA

SADT - Exames Complementares: **URGÊNCIA**

URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO: **URGÊNCIA**

APRAZAMENTO: **URGÊNCIA**

OBSERVAÇÃO: **URGÊNCIA**

Conduta: **URGÊNCIA**

URGÊNCIA

óbito: **URGÊNCIA**

URGÊNCIA

Assinatura do Paciente ou Responsável: **URGÊNCIA**

Carimbo e Assinatura do Médico: **URGÊNCIA**

Impresso por: **URGÊNCIA**

Data Hora: **URGÊNCIA**

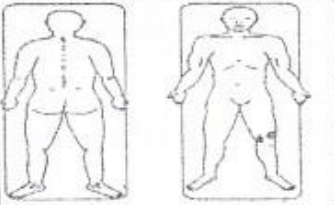
Indepedência (14/08/17) 21.00h

Passante interno da cidade maior distre, transcorreu
da da municipal de Mucujá - R.R. Refere-se ao
separado, porém sobre tudo de condições momentâneas
deste processo, não sendo. Trecho pelo SMC, porém a
de a este fim. Por a deformidade. (R.R.) / Apoio
de modo de expor a exposição da classe,
incompleta.
De la presença de Exatidão de dados. Por (R.R.)
(Anexo 1)

em relação interna e externa A.H. + P. + P.
e mais Radiografias. (R.R. + Anexo 1 + Anexo
Lombos)

Wagner Raimundo V. Dias
Médico
CRM/RJ 15.710

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015 ENF/LEITO: 105-2		

Nome: <u>ANTÔNIO PAULO SENA MATO</u>	
DATA: <u>13/08/17</u> ☒ GRAU - I <u>2x</u> ☐ GRAU - II	Localização / Região: <u>M.I.F.</u> 
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☒ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com estacelo ☐ Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo
Dor:	☒ Sim ☐ Não
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor
Condição da pele Perifoneal:	☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____
Hora do curativo:	☐ Manhã ☒ Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>14/08/17</u>
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>JOANA</u> 02- <u>BERENICE</u>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
OBS:	OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		11/08/2017		DII		DN 11/10/1996
PACIENTE	antonio paulo sena mato					
DIAGNÓSTICO	fratura de femur a esquerda fratura de radio distal a esquerda fratura de clavícula a esquerda					
ALERGIAS	nega					
IDADE	20	HAS	nega	DM	nega	
LEITO	105-2	DATA	17/07/2017			
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					
2	SF 0.9% 500 ML EV 8/8 HORAS					
5	DIPIRONA 1G EV 6/6 HORAS					
6	TRAMAL 50 MG + SF 0.9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn					
7	SSVV+CCGG 6/6 horas					
8	CURATIVO DIÁRIO					
9	clexane 40 mg 1 x ao dia sc					
10						
11	Dont 10mg @ 0/06h SN					
12						
13						
14						
15						
16						
Márcio Freire Médico CRM/RR 1613 1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE < 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura de femur fx de radio e clavila a direita bom estado geral solicito exame laboratorial soicitado solicitado sequencia de novos raios.						
 Paulo Sergio de Souza CANCER 000100						
SINAIS VITAIS		PA	FC	FR	TEMP	
6 H						
12 H	130/70	78	-	36.8°		
18 H	140/75	79	-	36.8°		
24 H	130/70	78	-	36.8°		

GOVERNO DE RORAIMA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	
DATA DE ADMISSÃO		11/08/2017		DIH	
PACIENTE	antonio paulo sena mato		DN		11/10/1996
DIAGNÓSTICO	fratura de femur a esquerda fratura de radio distal a esquerda fratura de clavícula a esquerda				
ALERGIAS	nega				
IDADE	20	HAS	nega	DM	nega
ITEM	LEITO		105-2	DATA	16/07/2017
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS				
5	DIPIRONA 1G EV 6/6 HORAS				
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				
7	SSV-CCGG 6/6 horas				
8	CURATIVO DIARIO				
9	ciexane 40 mg 1 x ao dia sc				
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura de femur fx de radio e clavila a direita bom estado geral solicito exame laboratorial soicitado solicitado sequencia de novos raios.					
<i>Dr. Paulo Sergio de Souza</i> O. Paulo Sergio de Souza 13/08/2017					
SINAIS VITAIS		PA	FC	FR	TEMP
6 H					
12 H	120x90	72			36,0
18 H	120x90	62			32,0
24 H	130x90	74			36,3

15

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
GOVERNO DE RORAIMA		GOVERNO DE RORAIMA		GOVERNO DE RORAIMA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		11/08/2017		DIH	
PACIENTE		antonio paulo sena mato		DN 11/10/1996	
DIAGNÓSTICO		fratura de femur a esquerda fratura de radio distal a esquerda fratura de clavícula a esquerda			
ALERGIAS		nega			
IDADE		20		DM nega	
ITEM		LEITO		105-2	
		DATA		14/07/2017	
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS				
5	DIPIRONA 1G EV 6/6 HORAS				
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				
8	CURATIVO DIARIO				
9	clexane 40 mg 1 x ao dia sc				
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE $\leq$ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APOS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura de femur fx do radio e clavila a direita bom estado geral solicito exame laboratorial					
Dr. Paulo Sergio de Souza CRM-RR 0301008					
SINAIS VITAIS		PA	FC	FR	TEMP
6 H					
12 H		120x86	70	-	36
18 H		120x80	73	-	36°C
24 H		120x80	73	-	36°C

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 92 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CMLD	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		159539	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
7101918101301315131515101917		11/10/96	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
Mariana dos Santos Sena		915 91121710111818	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - COD. REG. MUNICÍPIO	
Rua da Vaquejada - 25		R18	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		15 - UF	
Mucapu		RR	
		16 - CEP	
		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
Paciente com lesão de nível C6 +	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
TCC Cirúrgico	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	
Lesão de nível C6 + síndrome [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
21 - CID 10 PRINCIPAL	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
23 - CID 10 OUTRAS ASSOCIADAS	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	

PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
25 - CLÍNICA		26 - DOCUMENTO	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
27 - CRATER DA INTERNAÇÃO		29 - Nº DOCUMENTO (CONVÊNIO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		11/03/19	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - ACIDENTE DE TRABALHO	
34 - AGENTE DE TRABALHO TIPO	
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO	
36 - CNPJ DA SEGURADORA	
37 - Nº DO BILHETE	
38 - CÉRE	
39 - CNPJ EMPRESA	
40 - CNAT DA EMPRESA	
41 - CUBR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	
[] EMPREGADO [] EMPREGADOR [] AUTÔNOMO [] DESMARCADO [] AGENTADO [] NÃO SEGURADO	

AUTORIZAÇÃO		43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		03.0801.0019-8	
44 - COD. ORIGEM EMISSOR		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
11/03/19		04.0803.0009-8	

V299

47



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: *Antônio Paulo Simões* APT OU LEITO: *11* Nº DO PRONTUÁRIO: *103.11* DATA: *11/03/19*

CIRURGIA: *Tratamento cirúrgico de tumor de fêmur* TIPO: *Transversário* TEMPO DE DURAÇÃO: INICIO: *00:00* FIM: *00:15* TEMPO TOTAL: *00:15*

CIRURGIÃO: *Dr. Rogério* 1º AUXILIAR: *Dr. Pedro (R3)* 2º AUXILIAR: ANESTESISTA: RES. ANESTESIA: INSTRUMENTADOR: CIRCULANTE: *Simone, Chelene* TIPO DE ANESTESIA: *Local* TEMPO DE DURAÇÃO: *00:15*

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VAL.
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		100	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
1	PACOTES GAZE		100	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO Glicosado	
	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL N°	
	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON N°	
	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
	LÂMINA BISTURI N°			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA- P/ OSSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA N°	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
	<i>Bisturi n° 15</i>			OUTROS: <i>20ml</i>	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VAL.
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	<i>Simone</i>	SUB TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	



REIS DIAS

Cadastro

Posto/Grad

BPM
Suop

Fl. 1

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

NOME:

IDADE:

BLOCO:

UTI:

REGISTRO:

ENFERMARIA:

EMERGÊNCIA:

LEITO:

DE:

PARA:

Dados Clínicos:

Fe com história de 1º episódio
sem queda de cabeça e hematomas
nos galhos. Episódio completo e mal-estar
geral desde então.
19.03.17

Dr. Paulo Camacho Escameiro
CRM-RR 9001900

Médico

Data

Paciente com queixa de dor
cabeça 15. PIR. Fratura de base
de crânio sem lesão neurológica.

- (1) Ex conduta adequada
- 2) Dorantes
- 3) Reabilitação com fisioterapia

19.03.17
Data

CRM-RR 9001900

Médico

12

NOME:

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO SRPA



INFORMAÇÕES GERAIS		INFORMAÇÕES DO PACIENTE		INFORMAÇÕES DO PROCEDIMENTO		INFORMAÇÕES DO ENFERMEIRO	
Nome do Paciente	Idade	Sexo	Profissão	Localização	Procedimento	Enfermeiro	Assistente
13:40	42	M	Enfermeiro	100	100	100	100
HISTÓRICO		EXAME FÍSICO		EXAME LABORATORIAL		EXAME DE IMAGEM	
1. Sonda		2. Curativo		3. Dreno		4. Acesso Venoso	
5. Dor		6. Sinais vitais		7. Estado geral		8. Estado emocional	
9. Estado nutricional		10. Estado de hidratação		11. Estado de oxigenação		12. Estado de consciência	
13. Estado de mobilidade		14. Estado de higiene		15. Estado de segurança		16. Estado de conforto	
17. Estado de comunicação		18. Estado de participação		19. Estado de avaliação		20. Estado de planejamento	
21. Estado de implementação		22. Estado de monitoramento		23. Estado de documentação		24. Estado de avaliação de resultados	
25. Estado de avaliação de impacto		26. Estado de avaliação de satisfação		27. Estado de avaliação de custos		28. Estado de avaliação de recursos	
29. Estado de avaliação de riscos		30. Estado de avaliação de benefícios		31. Estado de avaliação de danos		32. Estado de avaliação de oportunidades	
33. Estado de avaliação de ameaças		34. Estado de avaliação de vulnerabilidades		35. Estado de avaliação de capacidades		36. Estado de avaliação de recursos humanos	
37. Estado de avaliação de recursos materiais		38. Estado de avaliação de recursos financeiros		39. Estado de avaliação de recursos tecnológicos		40. Estado de avaliação de recursos de informação	
41. Estado de avaliação de recursos de conhecimento		42. Estado de avaliação de recursos de habilidades		43. Estado de avaliação de recursos de atitudes		44. Estado de avaliação de recursos de valores	
45. Estado de avaliação de recursos de normas		46. Estado de avaliação de recursos de leis		47. Estado de avaliação de recursos de políticas		48. Estado de avaliação de recursos de procedimentos	
49. Estado de avaliação de recursos de práticas		50. Estado de avaliação de recursos de costumes		51. Estado de avaliação de recursos de tradições		52. Estado de avaliação de recursos de crenças	
53. Estado de avaliação de recursos de mitos		54. Estado de avaliação de recursos de superstições		55. Estado de avaliação de recursos de tabus		56. Estado de avaliação de recursos de preconceitos	
57. Estado de avaliação de recursos de discriminações		58. Estado de avaliação de recursos de exclusões		59. Estado de avaliação de recursos de marginalizações		60. Estado de avaliação de recursos de opressões	
61. Estado de avaliação de recursos de dominações		62. Estado de avaliação de recursos de submissões		63. Estado de avaliação de recursos de humilhações		64. Estado de avaliação de recursos de humilhações	
65. Estado de avaliação de recursos de humilhações		66. Estado de avaliação de recursos de humilhações		67. Estado de avaliação de recursos de humilhações		68. Estado de avaliação de recursos de humilhações	
69. Estado de avaliação de recursos de humilhações		70. Estado de avaliação de recursos de humilhações		71. Estado de avaliação de recursos de humilhações		72. Estado de avaliação de recursos de humilhações	
73. Estado de avaliação de recursos de humilhações		74. Estado de avaliação de recursos de humilhações		75. Estado de avaliação de recursos de humilhações		76. Estado de avaliação de recursos de humilhações	
77. Estado de avaliação de recursos de humilhações		78. Estado de avaliação de recursos de humilhações		79. Estado de avaliação de recursos de humilhações		80. Estado de avaliação de recursos de humilhações	
81. Estado de avaliação de recursos de humilhações		82. Estado de avaliação de recursos de humilhações		83. Estado de avaliação de recursos de humilhações		84. Estado de avaliação de recursos de humilhações	
85. Estado de avaliação de recursos de humilhações		86. Estado de avaliação de recursos de humilhações		87. Estado de avaliação de recursos de humilhações		88. Estado de avaliação de recursos de humilhações	
89. Estado de avaliação de recursos de humilhações		90. Estado de avaliação de recursos de humilhações		91. Estado de avaliação de recursos de humilhações		92. Estado de avaliação de recursos de humilhações	
93. Estado de avaliação de recursos de humilhações		94. Estado de avaliação de recursos de humilhações		95. Estado de avaliação de recursos de humilhações		96. Estado de avaliação de recursos de humilhações	
97. Estado de avaliação de recursos de humilhações		98. Estado de avaliação de recursos de humilhações		99. Estado de avaliação de recursos de humilhações		100. Estado de avaliação de recursos de humilhações	

Sistema Único de Saúde		Administrado por Estado		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				7 - CID-10			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - Nº DO PRECATÓRIO			
5 - NOME DO PACIENTE				8 - SEXO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO			
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				14 - CÓD. IBGE MUNICIPAL			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				15 - UF			
				16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO							
21 - CID-10 PRINCIPAL, 72 - CID-10 SECUNDÁRIO, 23-00 DOENÇAS ASSOCIADAS							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
25 - CLÍNICA							
26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO							
27 - DOCUMENTO							
28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)							
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)							
30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
31 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
32 - ACIDENTE DE TRABALHO							
33 - CNPJ DA SEGURADORA							
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO							
35 - CNPJ EMPILGA							
36 - CNPJ DA EMPRESA							
37 - Nº DO BILHETE							
38 - GÊNERO							
39 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA							
40 - Nº DO BILHETE							
41 - GÊNERO							
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
44 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							

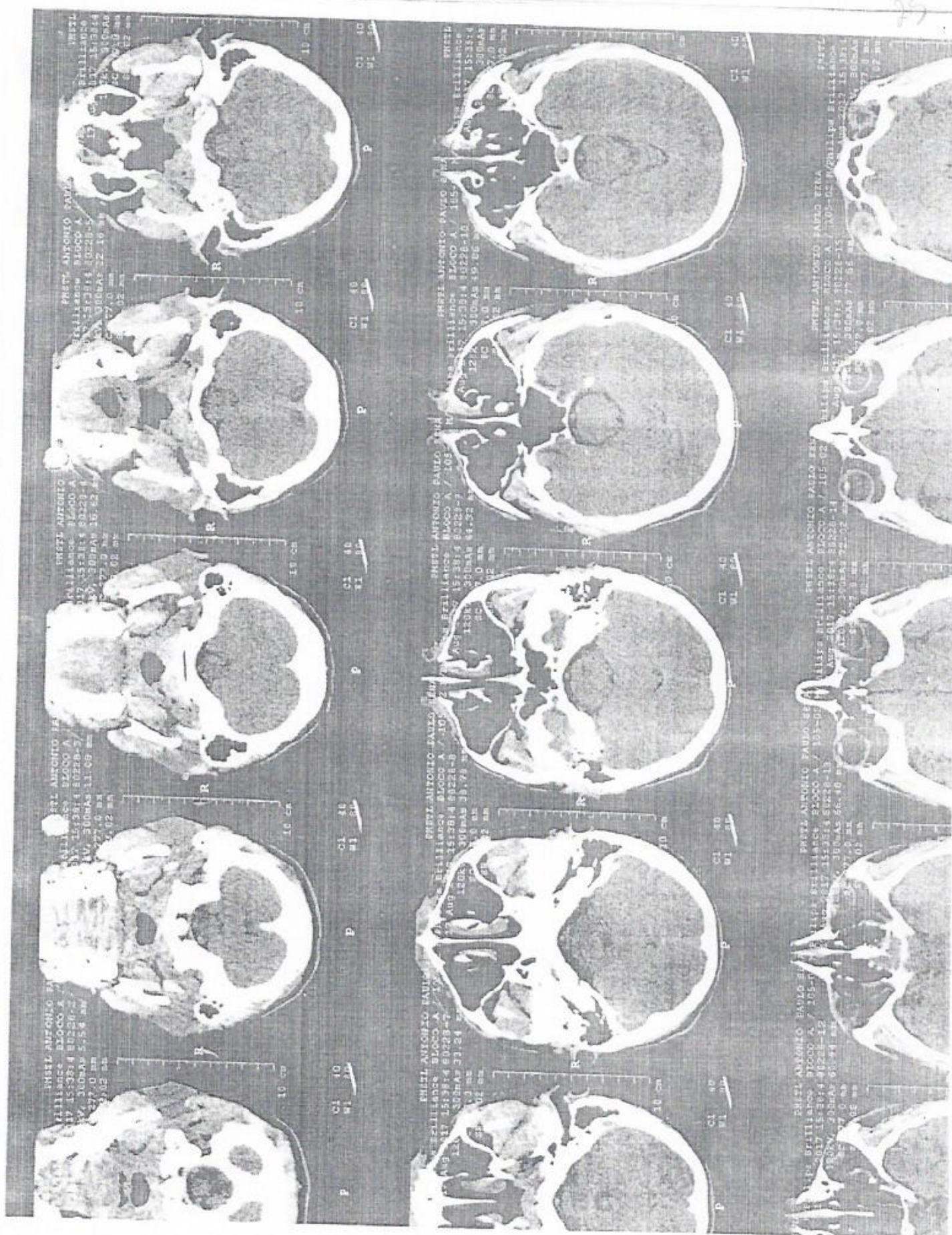
Página 23

Página 23

24

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		20.4	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Antonio Paulo Silva Moraes			105-02		23 / 08
TIPO		CIRURGIA			
Intussuscepção de íleo (D) + Ost. de ileo		INICIO	FIM	TEMPO DE DURAÇÃO	
		14:42	17:20	TEMPO TOTAL	
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
Dro. Marcelo Arruda		ANESTESISTA:		Dro. Hilton	
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		Ri: Fabiano	
Dro. Victor Poracat		INSTRUMENTADOR			
2º AUXILIAR		CIRCULANTE		Ri: Marcelo + Pablo	
Ri: Cláudio		CIRCULANTE		Olívia / Robinson	
TIPO DE ANESTESIA: Local		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QTD	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	
1000	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1000	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
1000	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1000	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1000	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº 3-0 / 1.0 / 3.0	
1000	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2-0 / 3-0	
1000	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1000	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1000	LÂMINA BISTURI Nº 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
1000	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
1000	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
1000	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
1000	SERINGA 1ML			SURGICEL Algodão Int.	
1000	SERINGA 3ML			GELATINA	
1000	SERINGA 5ML			KIT CATETER Nº	
1000	SERINGA 10ML			GLOBOAM Gel condutor	
1000	SERINGA 20ML			KIT CATETER Nº	
1000	TET Nº 8			OUTROS: PVPJ Jéssica	
1000	Ri: Cláudio			Focava / assepsia	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR(A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS	
		Hilmar / Rebeca e		SUB- TOTAL	
		Suelen		TAXA DE SALA	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE ANESTESIA	
				SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Antonio Paulo Lima Mota 20 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 11/08/14, COM
DIAGNÓSTICO DE fx de fêmur e fr. clavícula (L)

NO DIA 23/08/14, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteossíntese de fêmur e clavícula com placas e parafusos SENDO
OPERADO PELO DR. Marcelo A. D. Silva E DR. Victor Duarte

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 25/08/14, ÀS 12:56, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 30/08/14, ÀS 7:00 h., COM O
DR. Victor Duarte.

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. Marcelo A. D. Silva

27

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170607864 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO PAULO SENA MATOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO COELHO NETO - CONSULTORIA, ASSESSORIA E CORRETAGEM DE SEGUROS S/S LTDA. - ME FILIAL/RR

BENEFICIÁRIO ANTONIO PAULO SENA MATOS

CPF/CNPJ: 00677915225

Posição em 14-12-2017 11:04:09

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 7.087,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
15/12/2017	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50