

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 002.443.292-06 Nome completo da vítima: Nerison dos Santos Silva

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

Nome completo: Nerison dos Santos Silva CPF: 002.443.292-06
Profissão: _____ Endereço: Rua Rio Negro Número: 425 Complemento: _____
Bairro: Jardim Bela Vista Cidade: Bela Vista Estado: RR CEP: 69.316-112
E-mail: ibair@hotmail.com Tel.(DDD): (95)99125-9538

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2084 CONTA: 15273
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Bela Vista-RR 23/10/2018
Nome: Nerison dos Santos Silva
CPF: 002.443.292-06

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

31 DEZ. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 018175/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/04/2018 09:49 Data/Hora Fim: 30/04/2018 10:05
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP-PM/RR Nº 808617 Data: 30/04/2018
Delegado de Polícia: Eliane Gonçalves

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 30/04/2018 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Raiar do Sol

Logradouro: RUA BRILHO DO SOL COM ESTRELA DO SUL

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: Acidente Com Lesões	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: NERISON DOS SANTOS SILVA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 33

Estado Civil: União Estável

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 246794

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA RIO NEGRO

Nº: 425

Bairro: BELA VISTA

Nome Civil: JOSE DE ANCHIETA COSTA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 50

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 174445

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: ESTRELA DO SUL

Nº: 446

Bairro: Raiar do Sol

Razão Social: ROP-PM/RR Nº 808617 (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Policia Militar do Estado de

Endereço

Município: Boa Vista - RR

31 DEZ. 2018

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado (a):

Foi apresentado o relatório ROP-PM/RR Nº 808617, que narra o sinistro entre os veículos FIAT STRADA PLACA NAP 2998 (JOSÉ) e a HONDA XR 205 PLACA NAL 3894 (NERISON); Que no referido acidente, o condutor sofreu varias lesões e foi encaminhado ao Pronto socorro do HGR, pelo resgate do CBM, que os veículos envolvidos, foram liberados no local, de acordo com os procedimentos em vigor.

ASSINATURAS



Reginaldo Messias de Oliveira
Responsável pelo Atendimento

ROP-PM/RR Nº 808617
(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-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT

"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 018175/2018/ PLANTÃO CENTRAL**

O Sr.º

NOME: **NERISON DOS SANTOS SILVA**

RG : **246794 SSP/RR**

SEXO: **MASCULINO**

DATA DE NASCIMENTO: **20/07/1985**

TELEFONE: **95-99122-4141**

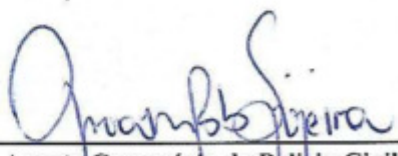
ENDEREÇO: **RUA - Z 03 54**

BAIRRO: **SILVIO LEITE**

O comunicante compareceu nesta especializa, para acrescentar/corrigir no Boletim de Ocorrência supracitado os Dados do Veículo e o nome do Proprietário.

- **HONDA/XR 250 TORNADO**
- **COR - PRETA**
- **PLACA - NAL - 3894**
- **ANO 2005/2005**
- **CHASSI 9C2MD34005R010095**
- **RENAVAM 00853175446**
- **NERISON DOS SANTOS SILVA (PROPRIETÁRIO)**





Agente Carcerário de Polícia Civil
Givanildo da Silva Vieira
Matrícula: 042000855

Boa Vista - RR, 18 de Outubro de 2018.



NERISON DOS SANTOS SILVA
Comunicante

31 DEZ. 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.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 interdita 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

CPF da Vítima

Data do Acidente

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 estabelecimento 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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da 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.

_____, _____ de _____ de _____
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

106-2

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA COREN-RR 001.058.491-TE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

Téc. Enfermagem

C. N. E. L. V. F.

02.05.18

HGR



1800943497	30/04/2018 08:01:55	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	3
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
NERISON DOS SANTOS SILVA	20/07/1985	32 A 9 M 10 D	705406408867598	00244329206	00091883
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE NÃO				M	SOLTEIRO(A) PARDA
Mãe	INFORMOU				ALTAMIRA - PA
MARIA DE LOURDES BISPO DOS SANTOS					BRASILEIRA
Endereço					Contato
RUA - RIO NEGRO - 378 - BELA VISTA - BOA VISTA - RR					(95) 99122-4141
					Ocupação
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:
GRANDE TRAUMA	RESGATE				DANIEL VIANA
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
Anamnese de Enfermagem	GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)					
com Acidente de Moto politrauma, com lesões superficiais de pele.					
Exame Físico	pele (), Brn (), punho () não dor cervical no tórax de il color Abm: indolor à palpação glomerulo 15-14				
Hipótese Diagnóstica	Politrauma				
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input checked="" type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS				
PRESCRIÇÃO	1) SF 0.9% 1.000ml 2) H ₂ O 1.000ml 3) Analgésico 20mg (EU) 4x/dia 4) Antibiótico 2g (EU) 2x/dia 5) Dip. com ef. (EU) 4x/dia 6) Fit. 40mg (EU) 4x/dia 7) Leptiraxone 2g (EU)				
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :				
óbito	Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : :				

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO
 Certifico e dou fe que a presente
 cópia é fiel Reprodução Original
 que foi apresentada neste Hospital

8:40
 Max Souto Maior
 Ortopedia e Traumatologia
 Medicina do Trânsito
 CRM-RR 695

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: daniel.viana
 Data Hora: 30/04/2018 08:04:05

Márcio Freire
 Médico
 CRM/RR 1618



1800943497

Pneulogia

31 DEZ. 2018



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 1996339

MARIA DE FATIMA DA SILVA VICENTE

R. RIO NEGRO, 425,

JARDIM BELA VISTA

69316112 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1308980	12/2018	17-NOV-18 a 17-DEC-18
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
147	06-JAN-19	R\$ 151,28

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada

- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1308980	12/2018	R\$ 151,28

836700000018.512800750006.000000001305.898012180052



31 DEZ. 2018

BOA VISTA ENERGIA S.A.

AV. CAPITAO ENE GARCEZ 691

CENTRO - BOA VISTA - RR - CEP: 69.301-160

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

Atendimento: 08007019120 www.eletrororaima.com

Ouvidoria: 0800951152 (07h30min às 17h00min)

**Para contato com a empresa,
informe este número**
Código Único
0109029-1

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL : Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

Emissão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	Apresentação	Mês Faturado	
21/09/2018	27/08/2018	24/09/2018	25/10/2018	28	24/09/2018	09/2018	
Cod. Fat.	Classe/Subclasse	Ligação	Poste	Forma Faturamento	Motivo FD	Número FD	
1.1.1.2	Residencial Normal	Bifásica	N 15 19 404	Normal			
Consumo	Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante Fatur.	NPL	Cons. Medido	Cons. Faturado
	2207345	51985	51748	1,00000	5	237	237

Histórico	kWh	Composição da Tarifa	Itens Faturados	Tar. sem Impostos	Valor
08/2018	277	TUSD (*)	Consumo 237 kWh a 0,574560	0,456770	136,17
07/2018	150	TE (*)	Contribuição de Iluminação Pública (COSIP)		30,66
06/2018	201	Transmissão	Correcao Monetaria Da Il. Publica 07/2018-00		0,20
05/2018	205	Encargos	Correção Monetária Igpm 07/2018-00		0,89
04/2018	255	Tributos	Multa Por Atraso De Il. Publica 07/2018-00		0,93
03/2018	282	(*) TUSD=Tarifa de Uso do Sistema de Distribuição; TE=Tarifa de Energia	Juros De Mora Por Atraso De Il. Publica 07/2018-00		0,16
02/2018	280		Multa Por Atraso 07/2018-00		1,80
01/2018	207		Juros De Mora De Importe / Serviços 07/2018-00		0,48
12/2017	183				
11/2017	155				
10/2017	142				
09/2017	124				
Média		Pis - 0,84			
12 meses	205	Cofins - 3,92			

Indicadores de Continuidade: 07/2018					Conta em Débito		
Cj:	14 - FLORESTA	EUSD	RS 33,39		Mês/Ano	FD	Vencimento
Meta	Mensal	Realizado	Trimestral	Anual	08/2018	0	11/09/2018
DIC	8,85	3,49	17,70	35,40			192,70
FIC	8,46	13,00	16,92	33,84			
DMIC	4,82	0,44	4,82	4,82			
					Total de Conta(s) Pendente(s) R\$ 192,70		

NOTIFICAÇÃO DE CONTA VENCIDA

As faturas ao lado relacionadas encontram-se sem quitação até esta data, sujeitando a suspensão de fornecimento de energia elétrica a essa unidade consumidora, conforme Art. 173 da Resolução ANEEL 414/2010. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do consumidor no SPC e SERASA. Caso já tenha efetuado o pagamento, desconsidere este aviso.

=> Tensao Contratada - 220V Faixa Adequada - 200 a 231V

=> Caso haja cobrança de serviços de terceiros em sua fatura (LBV) poderá ser cancelada em nossos

=> canais de atendimento.

=> Ligue para 08007019120 e faça opção de vencimento de sua conta 1 6 11 16 21 26

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo	Alíquota	Valor do ICMS
136,17	17,00	23,14

Reservado ao Fisco

05D2.4B33.50F9.09DE.DA2B.49E7.75AE.BE21

FaturaEventual.qip V 9.07 19/02/2018



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilson Trício de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Nerison dos Santos Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 002.443.292 / 06 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Nerison dos Santos Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 002.443.292 / 06, 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>Bunitis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>iloirrr@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95)98125-9538</u>

Boa Vista 28 de Dezembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

106-2

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA COREN-RR 001.058.491-TE
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
 AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

Téc. Enfermagem

RAQUEL L. SALAZAR

02.05.18

HGR



1800943497	30/04/2018 08:01:55	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	3
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
NERISON DOS SANTOS SILVA	20/07/1985	32 A 9 M 10 D	705406408867598	00244329206	00091883
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE NÃO				M	SOLTEIRO(A) PARDA
Mãe	INFORMOU				ALTAMIRA - PA
MARIA DE LOURDES BISPO DOS SANTOS					BRASILEIRA
Endereço					Contato
RUA - RIO NEGRO - 378 - BELA VISTA - BOA VISTA - RR					(95) 99122-4141
					Ocupação
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:
GRANDE TRAUMA	RESGATE				DANIEL VIANA
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
Anamnese de Enfermagem	GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)					
com Acidente de Moto politrauma, com lesões superficiais de pele.					
Exame Físico	pele (), Brn (), punho () não dor cervical no tórax de il color Abm: indolor à palpação glaxo 15-14				
Hipótese Diagnóstica	Politrauma.				
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input checked="" type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS				
PRESCRIÇÃO	1) SF 0.9% 1.000ml 2) H ₂ O 1.000ml 3) Analgésico 20mg (E) apor 4) Antibiótico 2g (E) apor 5) D ₅ W 40mg (E) apor 6) Fitil 40mg (E) apor Clotrimazol 2g (E)				
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :				
óbito	Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : :				

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
 Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
 AUTENTICAÇÃO

APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO
 Certifico e dou fe que a presente
 cópia é fiel Reprodução Original
 que foi apresentada neste Hospital

8:40
 Max Souto Maior
 Ortopedia e Traumatologia
 Medicina do Trânsito
 CRM-RR 695

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: daniel.viana
 Data Hora: 30/04/2018 08:04:05

Márcio Freire
 Médico
 CRM/RR 1618



1800943497

Pneulogio

31 DEZ. 2018

31 DEZ. 2018

White white
mole. h. 15
Pom. feature expert sloper
Esperado, more here and
feature of rail's distal
a Esperado.

Ch. Carter G. King

29/05 Paciente com fraturas
múltiplas (braço, perna, punho)
Sente dor no momento.
Acomp. da esposa Rosmeire

Dr. Pablo G. Echeverría, Jr.
Médico
CRM-RR 4906

Gilceia Parente
Psicóloga
CRP 20/04539


Agravo: ATG

Nº Not: 238692

Data: 9/15/18

Ubiratã

Notificador

NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA
NHE - HGR

31 DEZ. 2018

White ant
mole. h. 15
Pom. feature report sloper
Esper. 1, 1000000
feature 1 rail. 1000000
Esper. 1, 1000000


Ch. Carter Conyers


29/05 Paciente com fraturas
múltiplas (braço, perna, punho)
Sente dor no momento.
Acomp. da esposa Rosmeire

Dr. Pablo G. Echeverría, Jr.
Médico
CRM-RR 4906

Gilcélia PaFente
Pública
CRP 20104-839

Agravo: ATG
Nº Not: 238692
Data: 9/15/18
Ubir
Notificador



 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	Departamento de Saúde
	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: **BLOCO A**

4 - CNES: **91883**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: **Maria da S. Santos**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: **91883**

7 - DATA NASCIMENTO: **20/07/1985**

8 - Nº DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **7054064088675918**

9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: **Maria da S. Santos**

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **R. Rio Negro 378 Bela Vista**

11 - TELEFONE DE CONTATO: **9159911224114**

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **BV**

13 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: **R/R**

14 - UF: **R/R**

15 - CEP: **51200-000**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: **Paciente politraumatizado vítima de acidente de trânsito com Fx exposta de humero (E), Fx de Ulna (E)**

18 - FATOR QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO: **Traumatismo Aberto**

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): **RX + Ex. Físico**

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **Trauma Exposto de Humero (E) + Fx de Ulna (E)**

21 - CID 10 PRINCIPAL: **S60.0**

22 - CID 10 SECUNDÁRIO: **S60.1**

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: **S60.2**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **Traumatismo Aberto de Fx Exposta de Humero (E) + Fx Ulna (E)**

25 - CLÍNICA: **Unidade de Pronto Atendimento**

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **Urgência**

27 - DOCUMENTO: **() CNS () CPF**

28 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **0408050519**

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE: **Dr. Alexandre Resende**

30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **30/11/2018**

31 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO: **30/11/2018**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - ACIDENTE DE TRABALHO: **() SIM () NÃO**

33 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO: **() SIM () NÃO**

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO: **() SIM () NÃO**

35 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: **() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO**

36 - CNPJ DA SEGURADORA: **000000000000000000**

37 - Nº DO BILHETE: **000000000000000000**

38 - SÉRIE: **000000000000000000**

39 - CNPJ EMPRESA: **000000000000000000**

40 - CNAC DA EMPRESA: **000000000000000000**

41 - CBOR: **000000000000000000**

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **Dr. Alexandre Resende**

43 - Cód. Órgão Emissor: **0408050519**

44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: **0408050519-5728**

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **30/11/2018**

46 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO: **30/11/2018**

47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **0408050519**

48 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE: **Dr. Alexandre Resende**

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **30/11/2018**

50 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO: **30/11/2018**



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

106-2

BOLETIM OPERATÓRIO

Marcelo da Silva Silva

Data: 30/04/18

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

Dr. Fernando Rêgo
Médico
CRM-RR 2007

30/04/2018

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

10/04/2018

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Paciente um DDH

2. AA + CCE

3. LMC de nível um coxa (F) + Colocação de fixador externo

com auxílio de intensificador de imagem;

4. LMC de FO um dorso (F) + Redução Cuneiforme com auxílio
de intensificador de imagem + colocação de fixador externo;

5. Curativo

6. A RPA.

31 DEZ. 2018



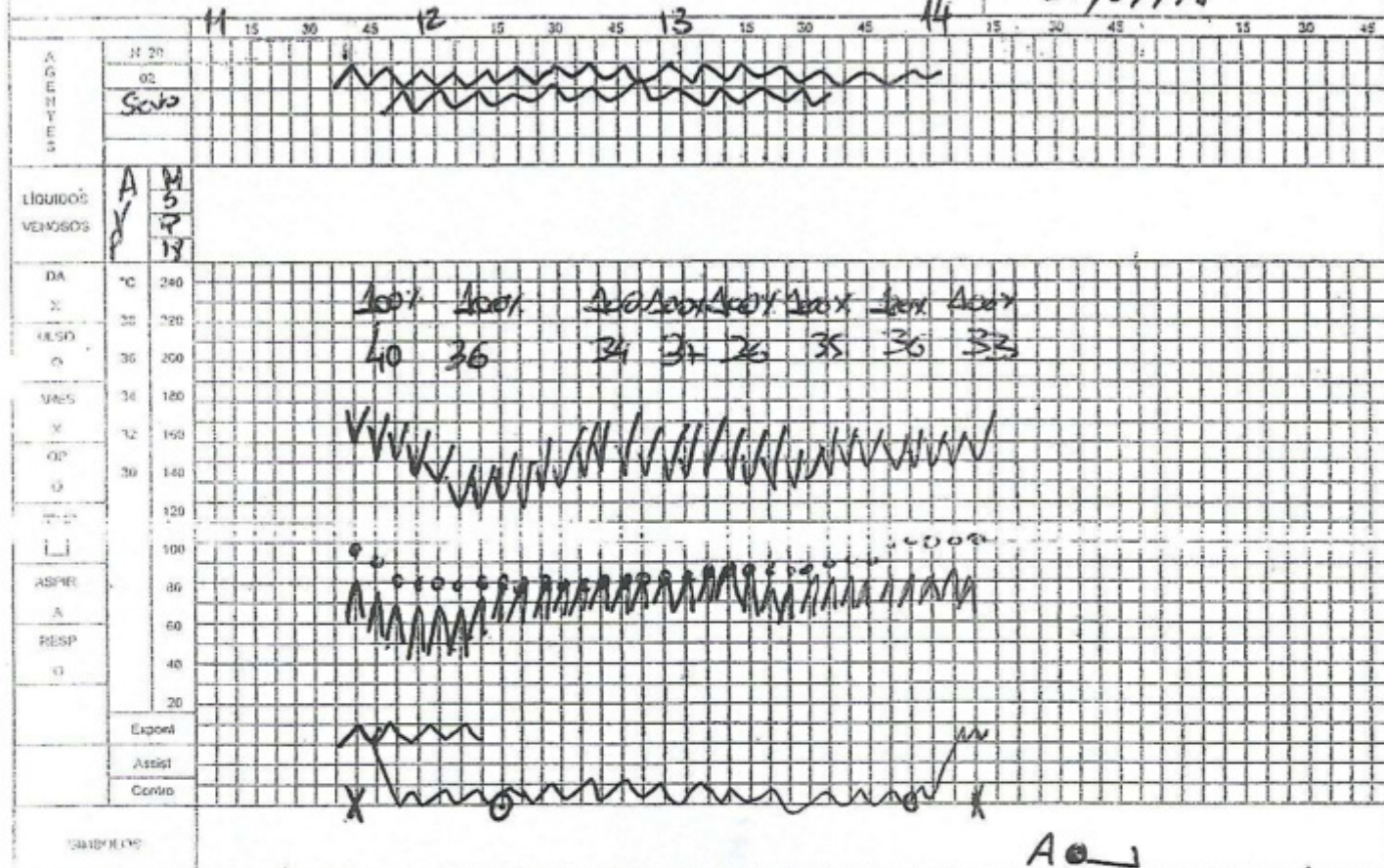
ASA - (E)

FICHA DE ANESTESIA

Nelson dos Santos Silva - 32 anos

Bom Visto

30/04/18



Etomidato
Succinil
Fentanil
Rocuronio
Dilodaina 2x
Neostigmina
Atropina

DOSES

15mg Anestesia geral

70mg bolus de dilodaina

30mg de atropina em

40mg de succinil

70mg com observador

15mg de CO₂

975mg

MONICOR

* Monitorização: Obs. Apneico.

1) Pré-oxigenação de 100%

2) Indução sequencial rápida com hidroalcoólico 70mg + fentanil 300mcg + etomidato 25 Succinil 70mg

3) 105 com TOT 8.0 c/cufl ocluido a VMC + SEVO.

4) Fentanil 100mcg + Rocuronio 30mg

5) Neostigmina 1.5 + Atropina 9.75

SF4991

30.0 c/cufl
vão corre.

2:30

Fivexder externo fêmur + úmero.

De Edino / Manos R1 D2 Max

6) Estabeleço ad
RPA

31 DEZ. 2018

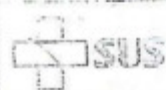
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Nelson dos Santos Silva		GT		30/04/18	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Proctom de fêmur E + ulnaro E		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		12:00	14:07		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	Dr. Marc		ANESTESISTA:	Dr. Celina	
1ª AUXILIAR	Raul Pablo		RES. ANESTESIA:	Dr. Marcos	
2ª AUXILIAR	Dr. Fernando		INSTRUMENTADOR		
			CIRCULANTE	Lili + Adailton	
TIPO DE ANESTESIA: Geral			TEMPO DE DURAÇÃO:		
	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VAL
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 300ml	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5			FRASCOS- SORO CLORADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0			FIO VICRYL	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO MONONYLON Nº 0	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURINº 15			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE Nº			FIO PROLENE Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 01ML		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO SEDANº Abadure de crepom	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 03ML			SURGICEL	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML		<input checked="" type="checkbox"/>	CERA P/OSSE tubo endo traquel	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		<input checked="" type="checkbox"/>	KIT CATARATA	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 20ML		<input checked="" type="checkbox"/>	GEORAM equipo	
			<input checked="" type="checkbox"/>	ETA CARDIA	
			<input checked="" type="checkbox"/>	QUEROS: Bonelini	
			<input checked="" type="checkbox"/>	1 Subadiagina de prata 20g	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VAL
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
	Bruno + Sueleny	SUB-TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
	Lili + Adailton	SOMA			

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE

10 OUT 2018



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

H.C.R.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Ortopedia

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1 - NOME DO PACIENTE

Nelson Dos Santos Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

91883

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71054064088675918

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/07/85

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Elton De Loureles Braga Dos Santos

11 - TELEFONE DE CONTATO

9159191122441

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua do Negro #378, Bela Vista

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bela Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente o de 32 anos de idade, Homem de
fratura femur (E) + Ulna (E) e fratura múltiplas
nos, secundária de trauma.

0408050519 → 5723
V299

18 - MOTIVOS QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Interno em Urgência

0408060190 → 4866

0408060360 → 7842

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

Interno + Exame físico + Radiografias

4838

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura exposta femur (E) + Fratura Ulna (E) + Osteomielite em Ulna

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Reparo cirúrgico femur + Osteotomia femoral por A. H. H. H.

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 AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Marcelo Souza

11/05/18

Dr. Marcelo Souza

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

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

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

11/05/18

11-5

31 DEZ. 2018

Ortopedia

Nome: Verusson Santos Silva

Idade: 32 a.

D.N.: 20/07/85

Hist: fratura Epístula femur (E) + fratura Umero (E) +
Osteomielite em Umero (E)

Infermas: RMS fratura femur + Osteosíntese femur na posição
+ T.T.O. Osteomielite de Umero em Reposicionamento
de fratura
Lugares: Dr. Marcelo Arruda
Dr. Watson
Dr. Elder R3

Relatório Lugares

1. Paciente em 12.12.14
2. Anamnese e Inspeção
3. Limpos Externos
4. Outros locais externos
5. Reduções heréticas + fraturas de fratura externa com
Ocupação de Intensificação de Imagens
6. Retração de fratura feita em presença de Umero + luxação
de Ombro de estadios 2 e 3 Planos Osseos
7. Reduções de Umero por Subluxação de Umero (que
foi retirado)
8. Lugares em braço e braço
9. R.P.A.

Dr. Marcelo Arruda
Traumatologista / Ortopedista
CRM-PR 1243

31 DEZ. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Petrolífera dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Robson da Santos Silva 31a

11/05/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

Boa Vista - RR

AGENTES	Nº	15 30 45				15 30 45				15 30 45				15 30 45			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
LIQUIDOS VENOSOS	1	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>200 ml</div> <div>100 ml</div> <div>500 ml</div> </div>															
DA	°C	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>36.0</div> <div>36.0</div> <div>36.0</div> </div>															
X	33	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>36.0</div> <div>36.0</div> <div>36.0</div> </div>															
ULSO	35	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>36.0</div> <div>36.0</div> <div>36.0</div> </div>															
ANES	34	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>36.0</div> <div>36.0</div> <div>36.0</div> </div>															
X	32	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>36.0</div> <div>36.0</div> <div>36.0</div> </div>															
OP	30	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>36.0</div> <div>36.0</div> <div>36.0</div> </div>															
O	120	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>36.0</div> <div>36.0</div> <div>36.0</div> </div>															
TEMP	100	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>36.0</div> <div>36.0</div> <div>36.0</div> </div>															
ASPIR.	80	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>36.0</div> <div>36.0</div> <div>36.0</div> </div>															
A	60	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>36.0</div> <div>36.0</div> <div>36.0</div> </div>															
RESP	40	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>36.0</div> <div>36.0</div> <div>36.0</div> </div>															
O	20	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>36.0</div> <div>36.0</div> <div>36.0</div> </div>															
Expon		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>36.0</div> <div>36.0</div> <div>36.0</div> </div>															
Anal		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>36.0</div> <div>36.0</div> <div>36.0</div> </div>															
Contro		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>36.0</div> <div>36.0</div> <div>36.0</div> </div>															

See Interferências

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES X MONITORIAZ
A Ketalar	250 mg	ROB com TOT nº 8	1.000 mg
B Propofol	200 mg	com cuff aceplado	1.000 mg
C Cisatracurium	8 mg	em sistema simplificado	1.000 mg
D		de com Absorventes	1.000 mg
E		de CO2	1.000 mg
F		Cânula - Naso Oro Faríngea	1.000 mg
G		Naso Orotracheal - Cava	1.000 mg
GLUCOSE	LIQUIDOS	Sal - Tampa - Cálculo do Tubo	1.000 mg
HDCC		Sob Mascara	1.000 mg
SANGUE		Dificuldade Técnica	1.000 mg
GRUPO	4.500		1.000 mg
TOTAL	8.000	TEMPO DE ANESTESIA	1.000 mg
OPERAÇÃO	Intussuscepção de Fenix (E)		1.000 mg
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGO	PERDA SANGÜÍNEA
Dr. Ana Paula Thomé	Dr. Manoel Anacleto Dolsen	Comp. 1.000	1.000 mg

Dra. Ana Paula Thomé
Médica Anestesiologista
CRM-RR 1408

ROB extubado
encaminhado p/ RPA

1.000 mg
2.000 mg
3.000 mg
4.000 mg
5.000 mg
6.000 mg
7.000 mg
8.000 mg
9.000 mg
10.000 mg

31 DEZ. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Avançando Petróleo do Brasil"

FICHA DE ANESTESIA

Thomson da Silva Silva 35a

11/05/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

Boa Vista - RK

AGENTES	Nº 20	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45											
	02	/ /											

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TECNICA	ANOTAÇÕES
A	Propofol 250mg	16B em 70% O ₂	X - monitorização + checagem de d. y. e. e. e.
B	Propofol 250mg	em 100% O ₂	16B Sucessos
C	Propofol 250mg	em 100% O ₂	indução
D	Propofol 250mg	em 100% O ₂	Propofol 250mg
E	Propofol 250mg	em 100% O ₂	Propofol 250mg
F	Propofol 250mg	em 100% O ₂	Propofol 250mg
G	Propofol 250mg	em 100% O ₂	Propofol 250mg
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringe	Propofol 250mg
INDIC		Naso / Oro Faringe - Cega	Propofol 250mg
SANGUE	50, 97 1500ml	Sol - Tamp - Calibre do Tubo	Propofol 250mg
		Sob Mascara	Propofol 250mg
		Dificuldade Técnica	Propofol 250mg
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	Propofol 250mg

OPERACÃO	16B de osteo. ch. te. de uneno (E)	Larango - Espasmo - Excesso Secre	Hemorragia - Anemia
ANESTESIA	Propofol 250mg	Disfunção Respiratória - Hipoxia	Bradi Taquicardia - Choque
CÓDIGO	000	"Bucking" - Vômito	
CIRURGIÃO	Dr. Marcelo Amida / André Kan		
PERDA SANGÜÍNEA			

Dra. Ana Maria Thomá
Médica Anestesiologista
CRM-RR 1408

- ③ Cefuroxime 2g (10)
- ③ Propofol 250mg (10)
- ④ Dextro - midazolam 1mg (10)
- ⑤ Midazolam 1.5mg
- ⑤ Propofol 0.75mg

31 DEZ. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO		DATA	
VERISSON DOS SANTOS SILVA		106-2			11 / 15 / 18	
CIRURGIA						
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO			
IMPLANT. OST. FRAT. FEMUR + Reabsorção			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
Fixação externa M.5 E.2 MFE			14:15	15:45		
EQUIPE MÉDICA						
CIRURGIÃO			ANESTESISTA:		ANA PAULA	
DRº MARCELO A.			RES. ANESTESIA:		Drº Emanuel	
AUXILIAR			INSTRUMENTADOR			
DRº WALSON						
AUXILIAR			CIRCULANTE			
DRº ELDER			CLAUDENIR + SOCORRINHA			
TIPO DE ANESTESIA: GERAL			TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR	
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml		
7	PACOTES GAZE			cateter de O2		
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO		
7	LUVA ESTERIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO		
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO VICRYL Nº		
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO MONONYLON Nº 3.0 -		
7	LUVAS-P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº		
7	LÂMINA BISTURI Nº 15		1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº		
	DRENO DE SUÇÃO Nº		1	FIO CATGUT SIMPLES Nº	gordão	
			1	FIO CATGUT CROMADO Nº	mãe d'água	

DE ENFERMAGEM
CIRÚRGICO/SRPA

31 DEZ. 2018

1. 1. The first
 2. 2. The second
 3. 3. The third
 4. 4. The fourth
 5. 5. The fifth
 6. 6. The sixth
 7. 7. The seventh
 8. 8. The eighth
 9. 9. The ninth
 10. 10. The tenth
 11. 11. The eleventh
 12. 12. The twelfth
 13. 13. The thirteenth
 14. 14. The fourteenth
 15. 15. The fifteenth
 16. 16. The sixteenth
 17. 17. The seventeenth
 18. 18. The eighteenth
 19. 19. The nineteenth
 20. 20. The twentieth
 21. 21. The twenty-first
 22. 22. The twenty-second
 23. 23. The twenty-third
 24. 24. The twenty-fourth
 25. 25. The twenty-fifth
 26. 26. The twenty-sixth
 27. 27. The twenty-seventh
 28. 28. The twenty-eighth
 29. 29. The twenty-ninth
 30. 30. The thirtieth
 31. 31. The thirty-first
 32. 32. The thirty-second
 33. 33. The thirty-third
 34. 34. The thirty-fourth
 35. 35. The thirty-fifth
 36. 36. The thirty-sixth
 37. 37. The thirty-seventh
 38. 38. The thirty-eighth
 39. 39. The thirty-ninth
 40. 40. The fortieth
 41. 41. The forty-first
 42. 42. The forty-second
 43. 43. The forty-third
 44. 44. The forty-fourth
 45. 45. The forty-fifth
 46. 46. The forty-sixth
 47. 47. The forty-seventh
 48. 48. The forty-eighth
 49. 49. The forty-ninth
 50. 50. The fiftieth
 51. 51. The fifty-first
 52. 52. The fifty-second
 53. 53. The fifty-third
 54. 54. The fifty-fourth
 55. 55. The fifty-fifth
 56. 56. The fifty-sixth
 57. 57. The fifty-seventh
 58. 58. The fifty-eighth
 59. 59. The fifty-ninth
 60. 60. The sixtieth
 61. 61. The sixty-first
 62. 62. The sixty-second
 63. 63. The sixty-third
 64. 64. The sixty-fourth
 65. 65. The sixty-fifth
 66. 66. The sixty-sixth
 67. 67. The sixty-seventh
 68. 68. The sixty-eighth
 69. 69. The sixty-ninth
 70. 70. The seventieth
 71. 71. The seventy-first
 72. 72. The seventy-second
 73. 73. The seventy-third
 74. 74. The seventy-fourth
 75. 75. The seventy-fifth
 76. 76. The seventy-sixth
 77. 77. The seventy-seventh
 78. 78. The seventy-eighth
 79. 79. The seventy-ninth
 80. 80. The eightieth
 81. 81. The eighty-first
 82. 82. The eighty-second
 83. 83. The eighty-third
 84. 84. The eighty-fourth
 85. 85. The eighty-fifth
 86. 86. The eighty-sixth
 87. 87. The eighty-seventh
 88. 88. The eighty-eighth
 89. 89. The eighty-ninth
 90. 90. The ninetieth
 91. 91. The ninety-first
 92. 92. The ninety-second
 93. 93. The ninety-third
 94. 94. The ninety-fourth
 95. 95. The ninety-fifth
 96. 96. The ninety-sixth
 97. 97. The ninety-seventh
 98. 98. The ninety-eighth
 99. 99. The ninety-ninth
 100. 100. The hundredth
 101. 101. The hundred-first
 102. 102. The hundred-second
 103. 103. The hundred-third
 104. 104. The hundred-fourth
 105. 105. The hundred-fifth
 106. 106. The hundred-sixth
 107. 107. The hundred-seventh
 108. 108. The hundred-eighth
 109. 109. The hundred-ninth
 110. 110. The hundredth
 111. 111. The hundred-first
 112. 112. The hundred-second
 113. 113. The hundred-third
 114. 114. The hundred-fourth
 115. 115. The hundred-fifth
 116. 116. The hundred-sixth
 117. 117. The hundred-seventh
 118. 118. The hundred-eighth
 119. 119. The hundred-ninth
 120. 120. The hundredth
 121. 121. The hundred-first
 122. 122. The hundred-second
 123. 123. The hundred-third
 124. 124. The hundred-fourth
 125. 125. The hundred-fifth
 126. 126. The hundred-sixth
 127. 127. The hundred-seventh
 128. 128. The hundred-eighth
 129. 129. The hundred-ninth
 130. 130. The hundredth
 131. 131. The hundred-first
 132. 132. The hundred-second
 133. 133. The hundred-third
 134. 134. The hundred-fourth
 135. 135. The hundred-fifth
 136. 136. The hundred-sixth
 137. 137. The hundred-seventh
 138. 138. The hundred-eighth
 139. 139. The hundred-ninth
 140. 140. The hundredth
 141. 141. The hundred-first
 142. 142. The hundred-second
 143. 143. The hundred-third
 144. 144. The hundred-fourth
 145. 145. The hundred-fifth
 146. 146. The hundred-sixth
 147. 147. The hundred-seventh
 148. 148. The hundred-eighth
 149. 149. The hundred-ninth
 150. 150. The hundredth
 151. 151. The hundred-first
 152. 152. The hundred-second
 153. 153. The hundred-third
 154. 154. The hundred-fourth
 155. 155. The hundred-fifth
 156. 156. The hundred-sixth
 157. 157. The hundred-seventh
 158. 158. The hundred-eighth
 159. 159. The hundred-ninth
 160. 160. The hundredth
 161. 161. The hundred-first
 162. 162. The hundred-second
 163. 163. The hundred-third
 164. 164. The hundred-fourth
 165. 165. The hundred-fifth
 166. 166. The hundred-sixth
 167. 167. The hundred-seventh
 168. 168. The hundred-eighth
 169. 169. The hundred-ninth
 170. 170. The hundredth
 171. 171. The hundred-first
 172. 172. The hundred-second
 173. 173. The hundred-third
 174. 174. The hundred-fourth
 175. 175. The hundred-fifth
 176. 176. The hundred-sixth
 177. 177. The hundred-seventh
 178. 178. The hundred-eighth
 179. 179. The hundred-ninth
 180. 180. The hundredth
 181. 181. The hundred-first
 182. 182. The hundred-second
 183. 183. The hundred-third
 184. 184. The hundred-fourth
 185. 185. The hundred-fifth
 186. 186. The hundred-sixth
 187. 187. The hundred-seventh
 188. 188. The hundred-eighth
 189. 189. The hundred-ninth
 190. 190. The hundredth
 191. 191. The hundred-first
 192.

SRPA		Sinais Vitais	
Cirurgia Realizada	Anestesia	T	P
		PA	SP02
Localização			
<p>1. Sonda</p> <p>2. Curativo</p> <p>3. Dreno</p> <p>4. Acesso Venoso</p> <p>5. Outros</p>			
		15'	30'
		45'	30'
		2ª h	30'
		11:30	30'
		3ª h	30'
		4ª h	30'
		5ª h	30'

7-
100
K. ...
...
...
...
...

[illegible]

31 DEZ. 2018

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO-ANESTÉSICA

Paciente: Neves dos Santos Silva
Procedimento Cirúrgico: Biópsia

LOCAL: (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

☒ Identidade

☒ Sítio Cirúrgico

☒ Procedimento

☒ Consentimento ☐ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

☐ Aplica ☒ Não se Aplica

OUTRO DEMARCADO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUÍDO

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☐ Não ☐ Sim, Qual:

VIA AEREA DIRETA, RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não

☐ Sim e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não

☐ Sim e acesso endovenoso adequado e planejamento

Assinatura

Dr. Marcos Felipe Dantas
Médico Residente
Anestesiologia
RPM-1856

ANTES DA INCISÃO

Anestesia

D. E. Oliveira + Dr. P. Neves

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:

Outro:

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

SALIDA (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 INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

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

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☐ Não

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

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Bruno Brandão Soares
Coordenador
Fone: 324.928

Assinatura e Carimbo

Avaliação: <input checked="" type="checkbox"/> Avaliação	
Atendimento: <input checked="" type="checkbox"/> Atendimento	
Destino: <input checked="" type="checkbox"/> SRPA () UTI () Outros:	
Entrada: Jose Luciano dos Santos	Saida:
Ass.: COREN/R 352.112	

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



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

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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 DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAÍDO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. Órgão Emissor

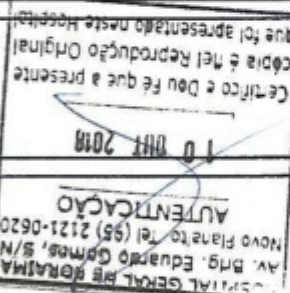
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



até 177 31 DEZ. 2018

4838



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 FRONTOÁRIO

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 - COD. IBGE MUNICÍPIO

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, 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 AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADOR

() EMPREGADO

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

122

31 DEZ. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 17.07.18

O.S. _____

Novena Santa S. da

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura do úmero (E) + Fratura do escápula + U do radi
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Alinhamento da fratura do úmero + enclavamento (A)
PO DE INTERVENÇÃO: Alinhamento da fratura do úmero (E) + enclavamento (A)
MEDICAÇÕES E ACIDENTES:
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Amputado

Dr. Bruno F. Santos
CRM 1047
Médico de Especialidade
Ortopedia e Traumatologia
R. 1047

CIRURGIÃO: Dr. Vitor Montenegro

1º AUXILIAR: Dr. Bruno F. Santos

2º AUXILIAR: Dr. Elder R3

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: Dr. Marcus Bruner R2

ANESTESIA: _____

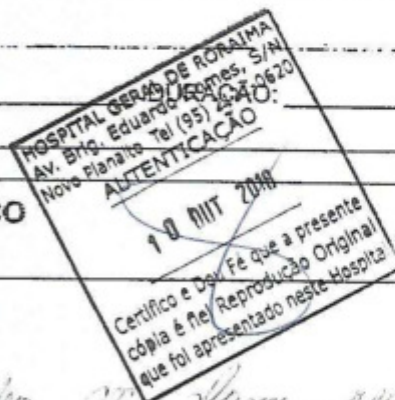
ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

- 1- RT DSH + anestesia
- 2- Escápula + Coronoide + Campos exten
- 3- Incisão longitudinal deltoide lateral, deslize por plano, redução
anatomica, placa bloqueada de 7 peças + controle radiológico +
fixação + sutura por plano + curativo.
- 4- Incisão longitudinal em região antero-medial do antebraço, deslize por
plano até o fêmur, placa bloqueada de 9 peças, 1 mi escápula
+ sutura + curativo
- 5- PPA



Dr. Vitor Montenegro
Traumatologia - Ortopedia
CRM 808

31 DE JUL 2018



GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ
Secretaria de Saúde - Departamento de Anestesiologia

FICHA DE ANESTESIA

Verison dos Santos Silva

PRÉ-MEDICAÇÃO - DOSE - DOSE - HORA - ESPM

EF III.

17-07-18.

AGENTES		LÍQUIDOS VENOSOS		DA		ULSO		ANES		OP		ASPIR.		RECP	
				°C											
16		15		20		45		17		16		20		45	
17		16		20		45		17		16		20		45	
18		17		20		45		17		16		20		45	
19		18		20		45		17		16		20		45	
20		19		20		45		17		16		20		45	
21		20		20		45		17		16		20		45	
22		21		20		45		17		16		20		45	
23		22		20		45		17		16		20		45	
24		23		20		45		17		16		20		45	
25		24		20		45		17		16		20		45	
26		25		20		45		17		16		20		45	
27		26		20		45		17		16		20		45	
28		27		20		45		17		16		20		45	
29		28		20		45		17		16		20		45	
30		29		20		45		17		16		20		45	
31		30		20		45		17		16		20		45	
32		31		20		45		17		16		20		45	
33		32		20		45		17		16		20		45	
34		33		20		45		17		16		20		45	
35		34		20		45		17		16		20		45	
36		35		20		45		17		16		20		45	
37		36		20		45		17		16		20		45	
38		37		20		45		17		16		20		45	
39		38		20		45		17		16		20		45	
40		39		20		45		17		16		20		45	
41		40		20		45		17		16		20		45	
42		41		20		45		17		16		20		45	
43		42		20		45		17		16		20		45	
44		43		20		45		17		16		20		45	
45		44		20		45		17		16		20		45	
46		45		20		45		17		16		20		45	
47		46		20		45		17		16		20		45	
48		47		20		45		17		16		20		45	
49		48		20		45		17		16		20		45	
50		49		20		45		17		16		20		45	
51		50		20		45		17		16		20		45	
52		51		20		45		17		16		20		45	
53		52		20		45		17		16		20		45	
54		53		20		45		17		16		20		45	
55		54		20		45		17		16		20		45	
56		55		20		45		17		16		20		45	
57		56		20		45		17		16		20		45	
58		57		20		45		17		16		20		45	
59		58		20		45		17		16		20		45	
60		59		20		45		17		16		20		45	
61		60		20		45		17		16		20		45	
62		61		20		45		17		16		20		45	
63		62		20		45		17		16		20		45	
64		63		20		45		17		16		20		45	
65		64		20		45		17		16		20		45	
66		65		20		45		17		16		20		45	
67		66		20		45		17		16		20		45	
68		67		20		45		17		16		20		45	
69		68		20		45		17		16		20		45	
70		69		20		45		17		16		20		45	
71		70		20		45		17		16		20		45	
72		71		20		45		17		16		20		45	
73		72		20		45		17		16		20		45	
74		73		20		45		17		16		20		45	
75		74		20		45		17		16		20		45	
76		75		20		45		17		16		20		45	
77		76		20		45		17		16		20		45	
78		77		20		45		17		16		20		45	
79		78		20		45		17		16		20		45	
80		79		20		45		17		16		20		45	
81		80		20		45		17		16		20		45	
82		81		20		45		17		16		20		45	
83		82		20		45		17		16		20		45	
84		83		20		45		17		16		20		45	
85		84		20		45		17		16		20		45	
86		85		20		45		17		16		20		45	
87		86		20		45		17		16		20		45	
88		87		20		45		17		16		20		45	
89		88		20		45		17		16		20		45	
90		89		20		45		17		16		20		45	
91		90		20		45		17		16		20		45	
92		91		20		45		17		16		20		45	
93		92		20		45		17		16		20		45	
94		93		20		45		17		16		20		45	
95		94		20		45		17		16		20		45	
96		95		20		45		17		16		20		45	
97		96		20		45		17		16		20		45	
98		97		20		45		17		16		20		45	
99		98		20		45		17		16		20		45	
100		99		20		45		17		16		20		45	

HOSPITAL SERA DE ANESTESIA
Dr. BIA Eduardo Gomes, SM
RUA MARCO TAVEL, 121-200
ANESTESIA
P. Q. MIT
Cópia e original para o
que foi apreendida desta forma

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Naloxona 0,5%	50 mg	BLOQUEIO DO PLEXO BRACHIAL	X - ASSERIR ANTUSENIA REGIM AXILAR ①
B Lidocaina 2%	200 mg	LIBERAR QUANDO FOR VERSSON	C/ALUS E CAMPO PENETRADO
C		VIA AXILAR	+ INFLAMORSE PLEXO BRACHIAL AXILAR ②
D			CUM VTRASSON
E			+ PURGAR DO DUTO PLEDO COM AGUA N-20
F			+ INJEÇÃO LIDOCINA 2% (200mg) +
G			BUCCINA 0,5% (50 mg)
GLUCOSE	LÍQUIDO	Câmara - Nete / Oro Faringet	⑤ V S M R
IDCD		Naso / Oroinquest - Coge	
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	
S.F.S. 0,9%	500 ml	Sob Mescure	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL	500 ml	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			
ACTOPOSIC PUNHO DIREITO			
ANESTESIA	DOSE	CIRURGIÃO	
Dr. Verison / Dr. Marcos / Dr. Eduardo		Dr. Berto / Dr. Vitor	

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

31 DEZ. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

Secretaria de Estado da Saúde

FICHA DE ANESTESIA

Unison dos Santos Silva

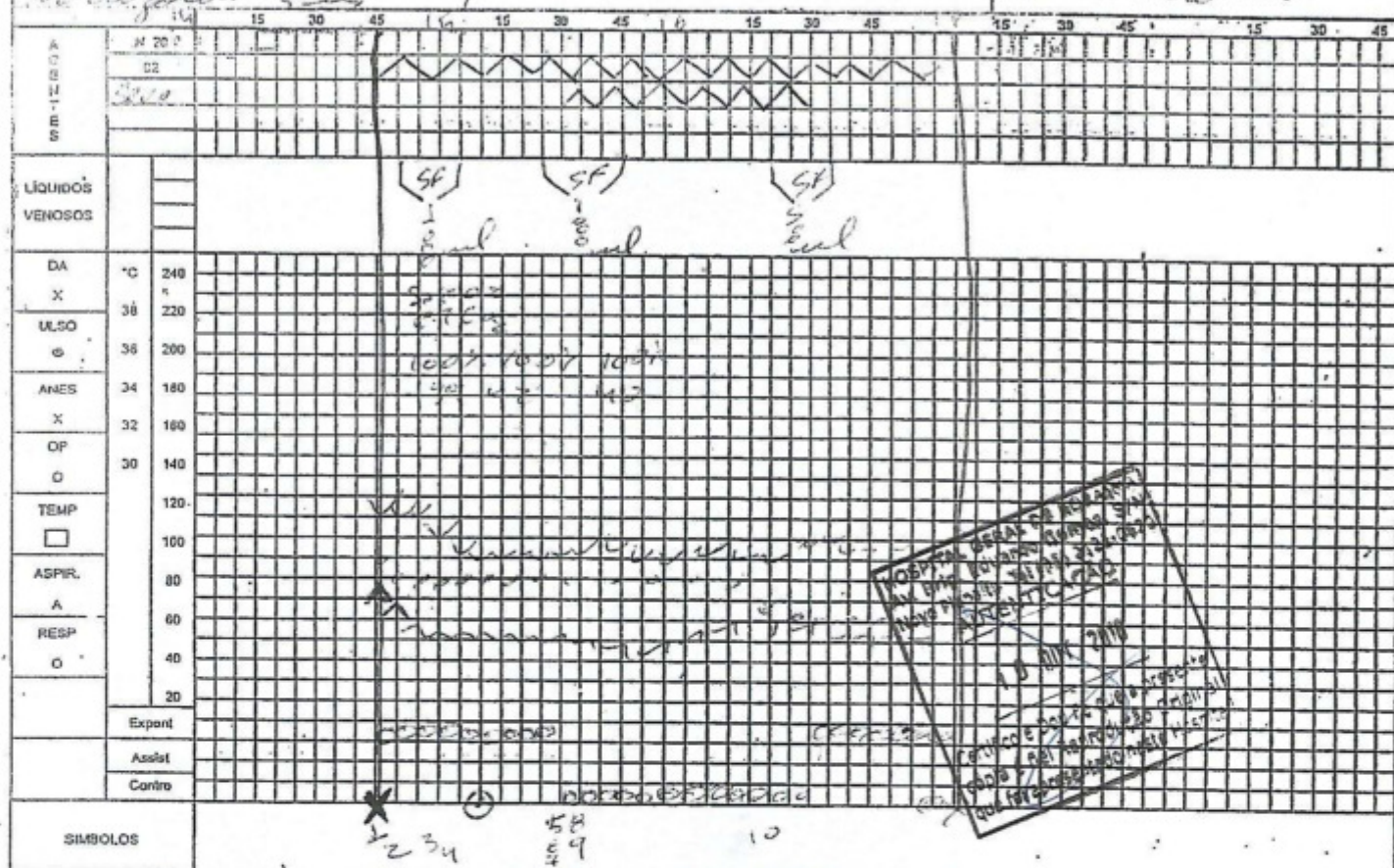
17/07/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Fentonal 100mg / 15min
Atropina 1mg / 15min

Nº

Bela Vista - RR



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
Amidopropil	0,37 / 150g	Blagueria de Pico	X Monitorização + observação de dispostivas
B		Blagueria de Pico	
C		Blagueria de Pico	
D		Blagueria de Pico	
E		Blagueria de Pico	
F		Blagueria de Pico	
G		Blagueria de Pico	
GLICOSE	LÍQUIDOS	Círculo - Naso / Oro Faringea	
NDOD		Naso / Orotracheal - Cega	
SANGUE		Bal - Temp - Calibre do Tubo	
		Sob Mascar	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			
Osteossíntese Pésoe Artrose Lombar C			Laringo - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜEA
Dr. Fábio / Dr. Antonio	(37)	Dr. Bruno / Dr. Victor M	

Dr. Emanuel (37) (3) Proxição

Blagueria de Pico

(1) Monitorização + observação

(3) Dispositivos 23 14

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

(4) Dose monitorizada 10 mg 14

Dr. F. M. Herrera

(5) Círculo de Pico
(6) Tot sob LD + Totem cuff + Sinto fisiológico
1. Pico de Tuso + Proteção ocular

31 DEZ. 2018



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Osteossíntese de úmero (E) + artroscopia de punho (D)

Data: 17 / 07 / 18

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Herison dos Santos Silva

Idade _____

Bloco: A Enfermaria 106 Leito: 02

Caixa: Grandes fragmentos bloqueado + Pequ. frag. bloqueado

Circulante: Polizângela / Robison

Sala 04

Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

1 Placa bloqueada - 09 furos (Pequ. frag.)

1 Parafuso auto-rosqueante n. 18

1 " " " " Nº 26

1 " " " " Nº 20

1 " " " " Nº 24

1 " " " " Nº 22

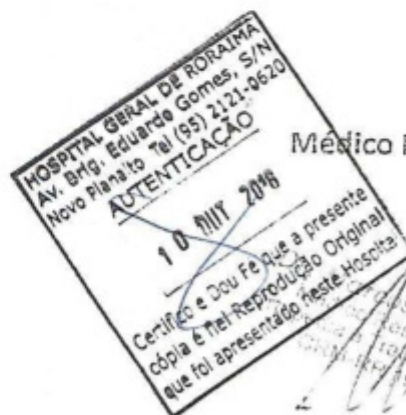
1 Placa bloqueada - 07 furos (Grandes frag.)

1 Paraf. bloqueado - 28

1 " cortical - 24

7 " " - 28

1 " " - 34



Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

31 DEZ. 2018



D

0

,NERISON DOS SANTOS

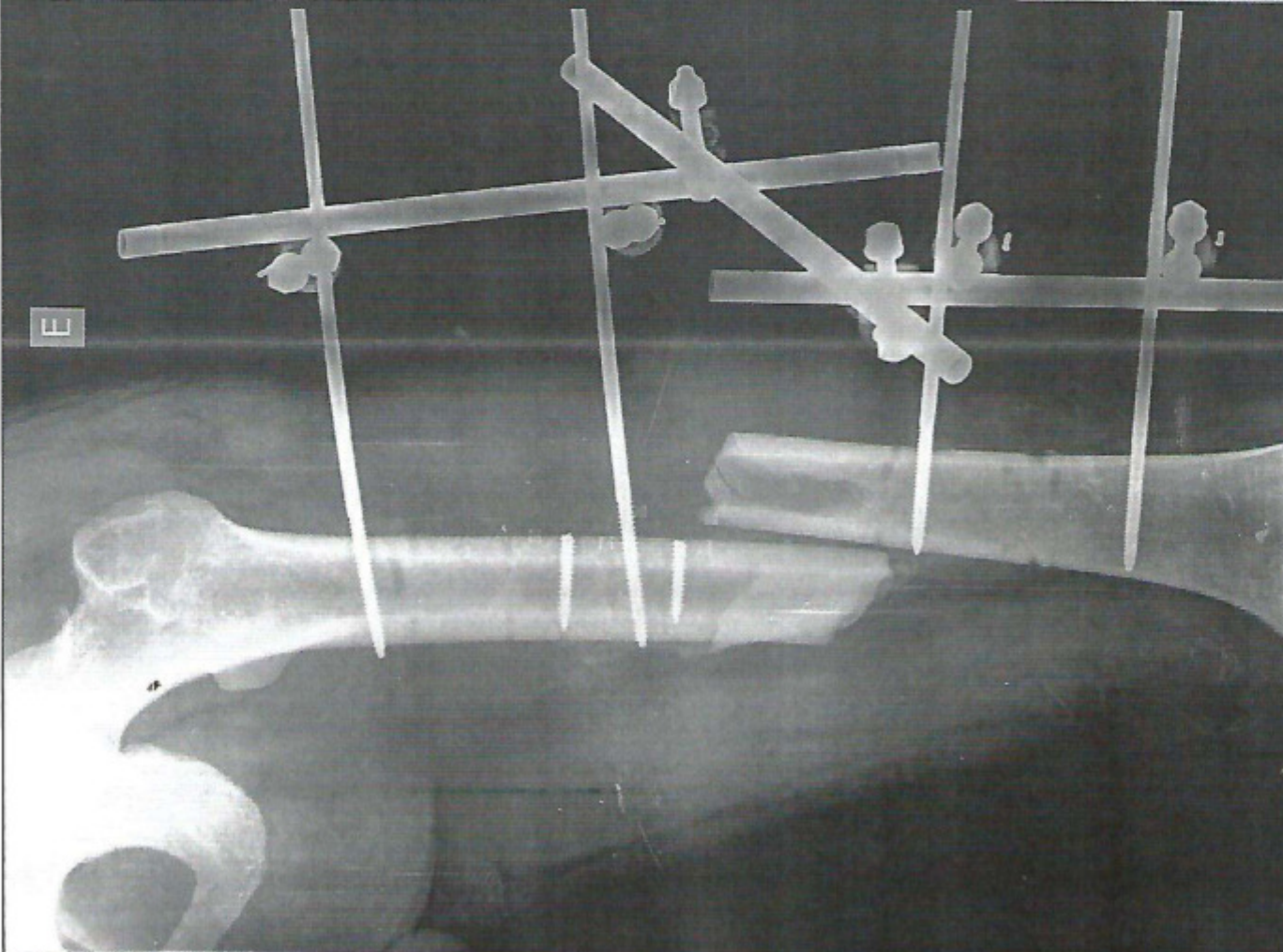
30/4/2018 08:40:17

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR QUEIMSON

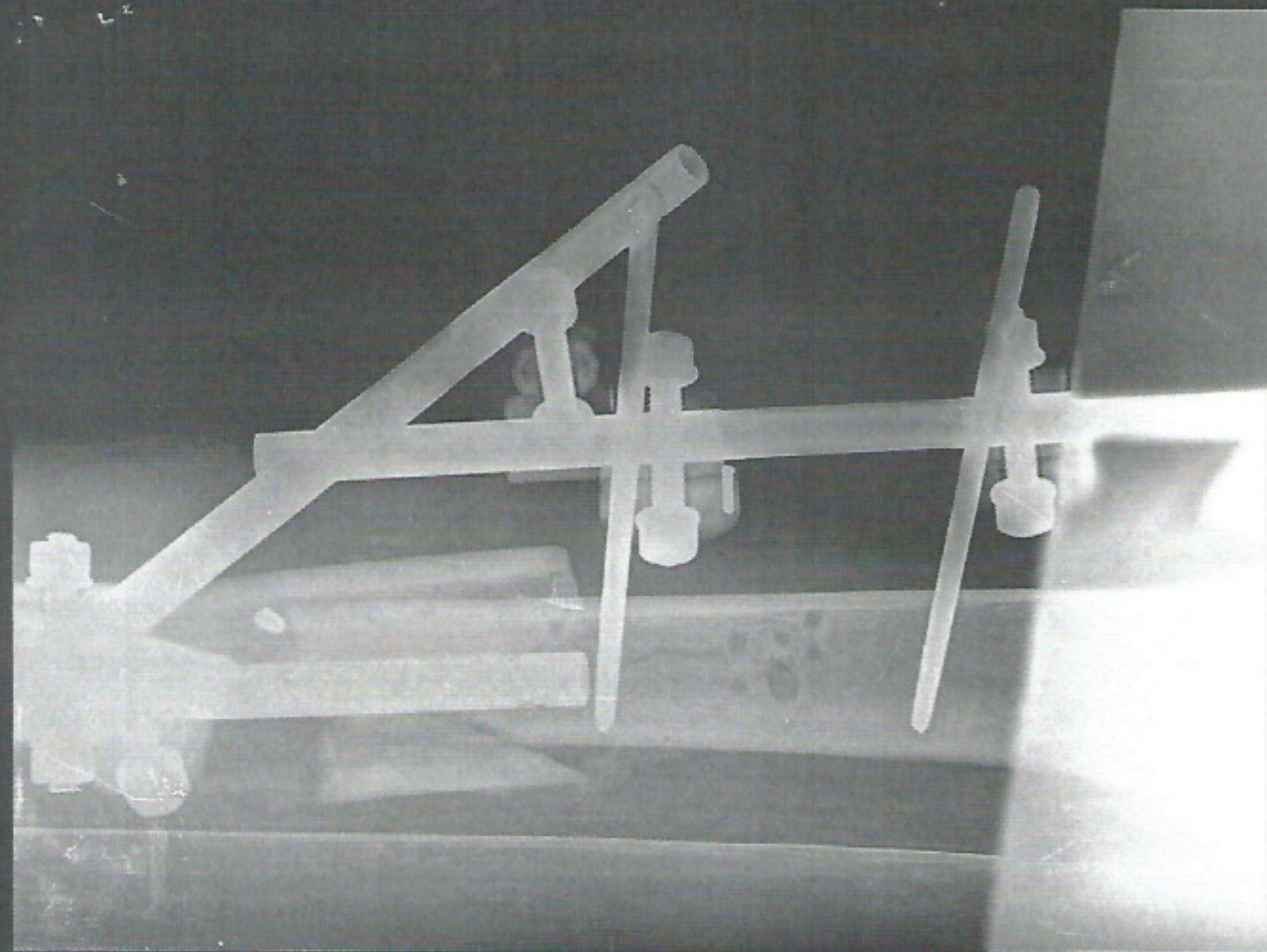
64,4 %

E



40,7 %

8/6/2018 11:24:14



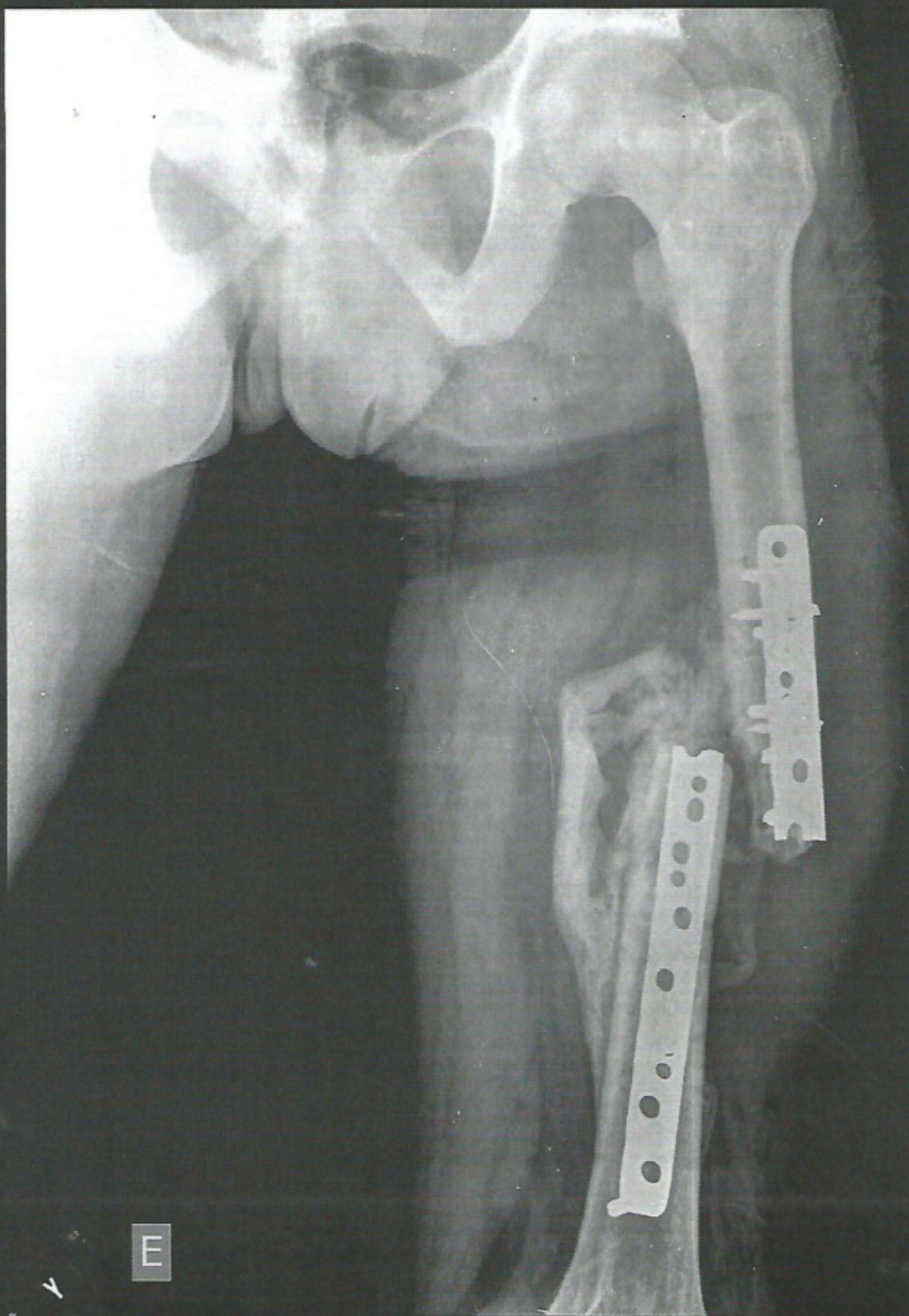
55,5 %

8/6/2018 11:24:14

NERISON SANTOS DA SILVA ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR RENATA PAIVA ED FRANCILENE



E

NERISON DOS SANTOS SILVA

11/10/2018 14:10:40

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. NASCIMENTO /ED. ERINELSON

51,3 %



E

□

NERISON DOS SANTOS

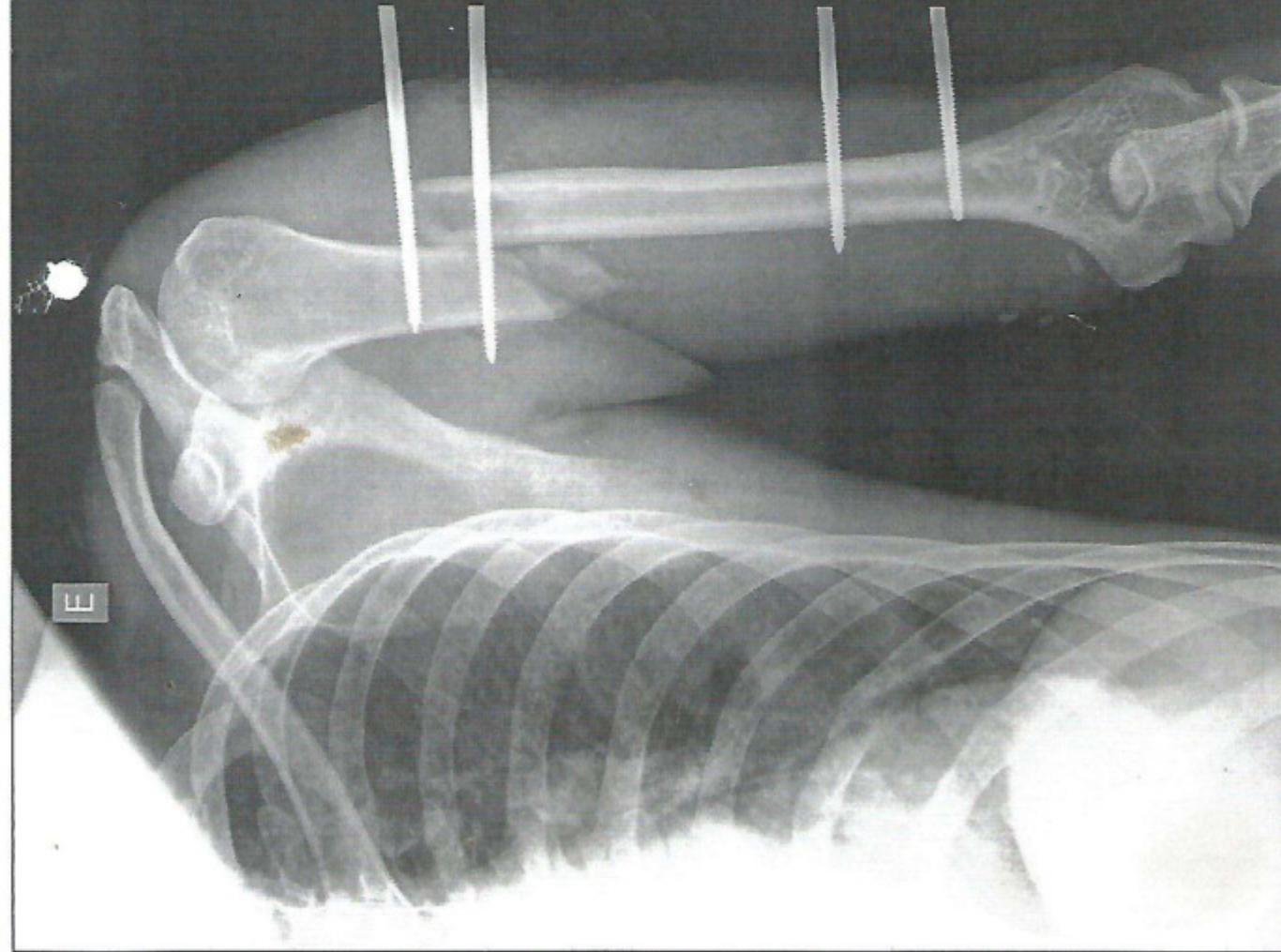
30/4/2018 08:40:17

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR QUEIMSON

64,4 %

E



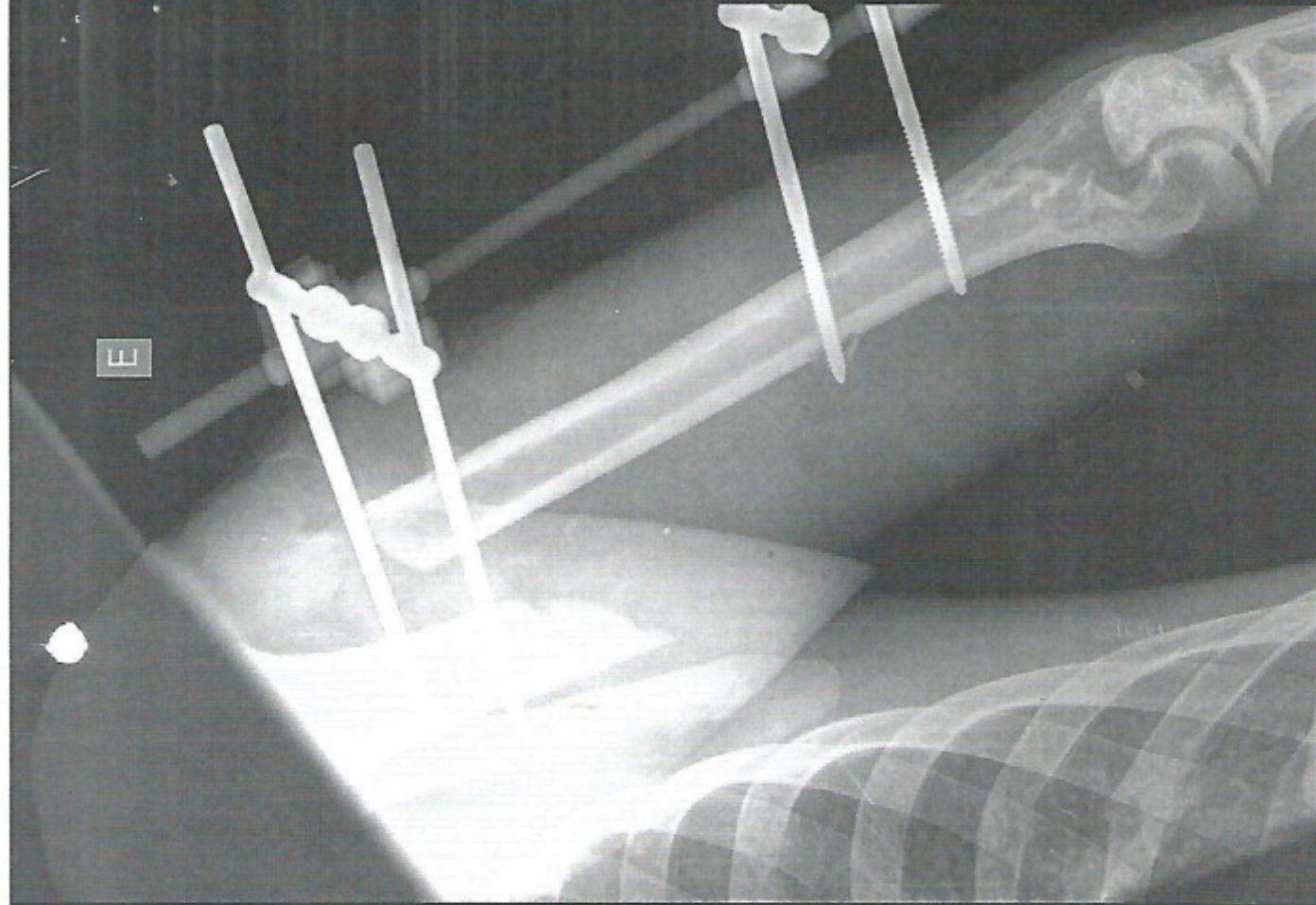
44,0 %

16/5/2018 18:20:12

, NERISSON SANTOS DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

E



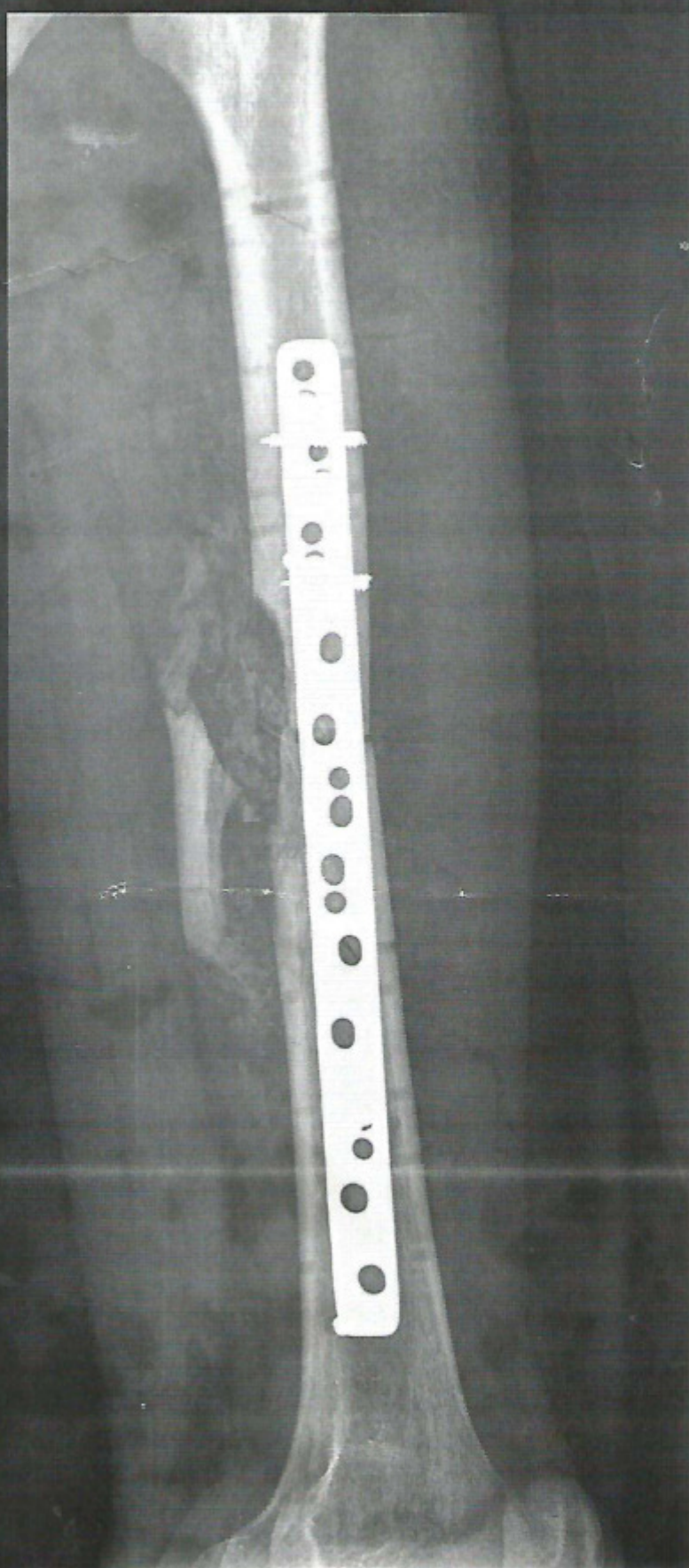
51,4 %

16/5/2018 18:20:12

BLOCO A 106-2

R WECSLEY

E



49,9 %

2/7/2018 09:45:48

, NERISSON SANTOS SILVA

50,1 %

2/7/2018 09:45:48

BLOCO/A L/106-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. EDSON ED. ROSANGELA

E



NERISON DOS SANTOS SILVA

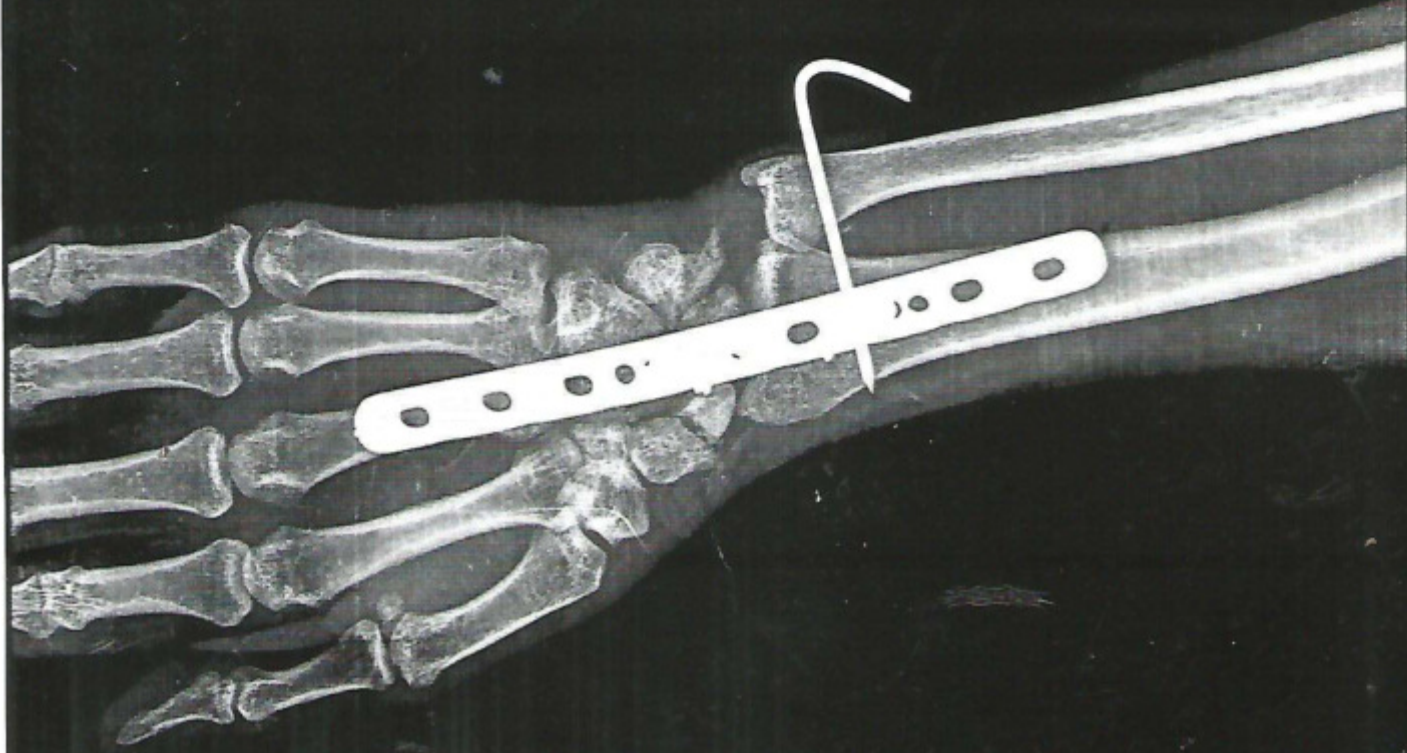
8963

HOSPITAL CORONEL MOTA

06/08/2018

Cloudoaldo

77,7 %



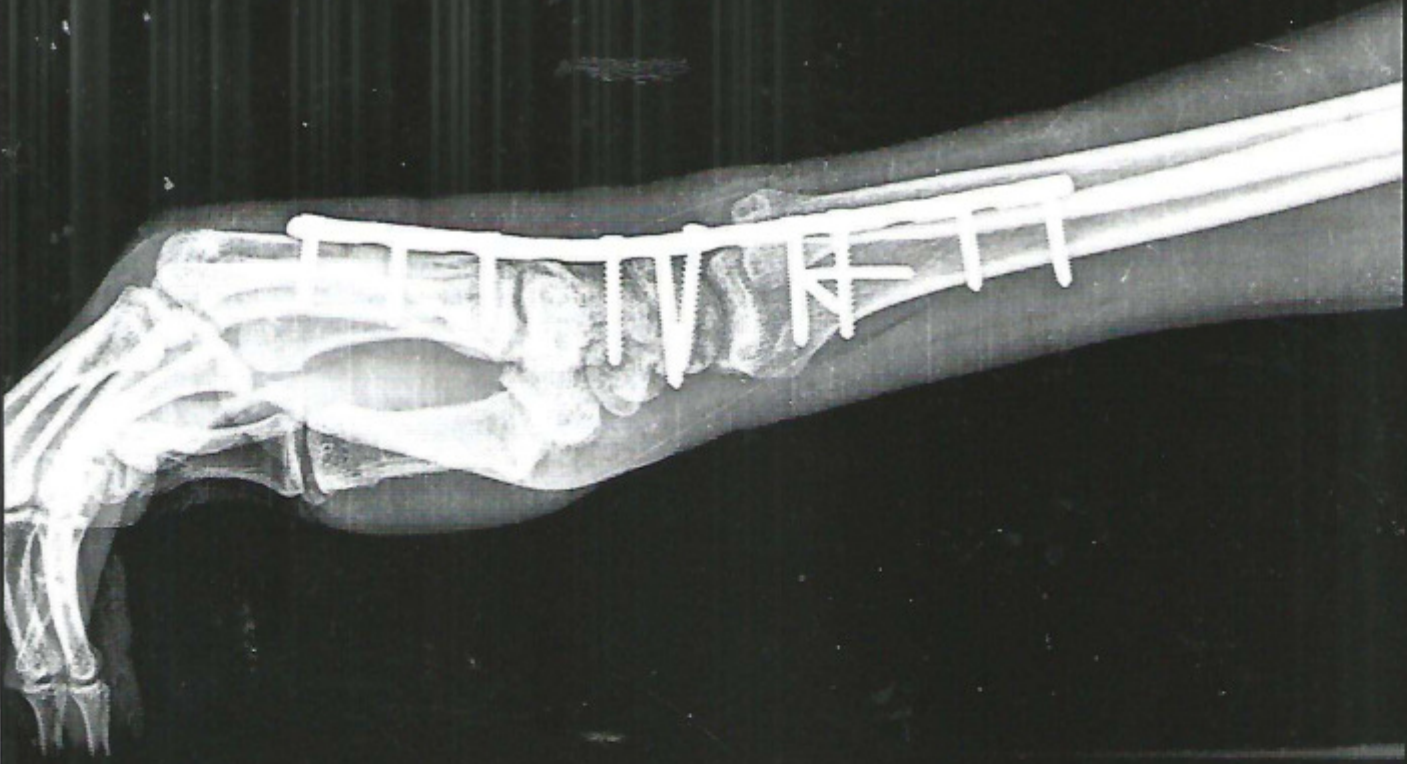
NERISON DOS SANTOS SILVA

8963

HOSPITAL CORONEL MOTA

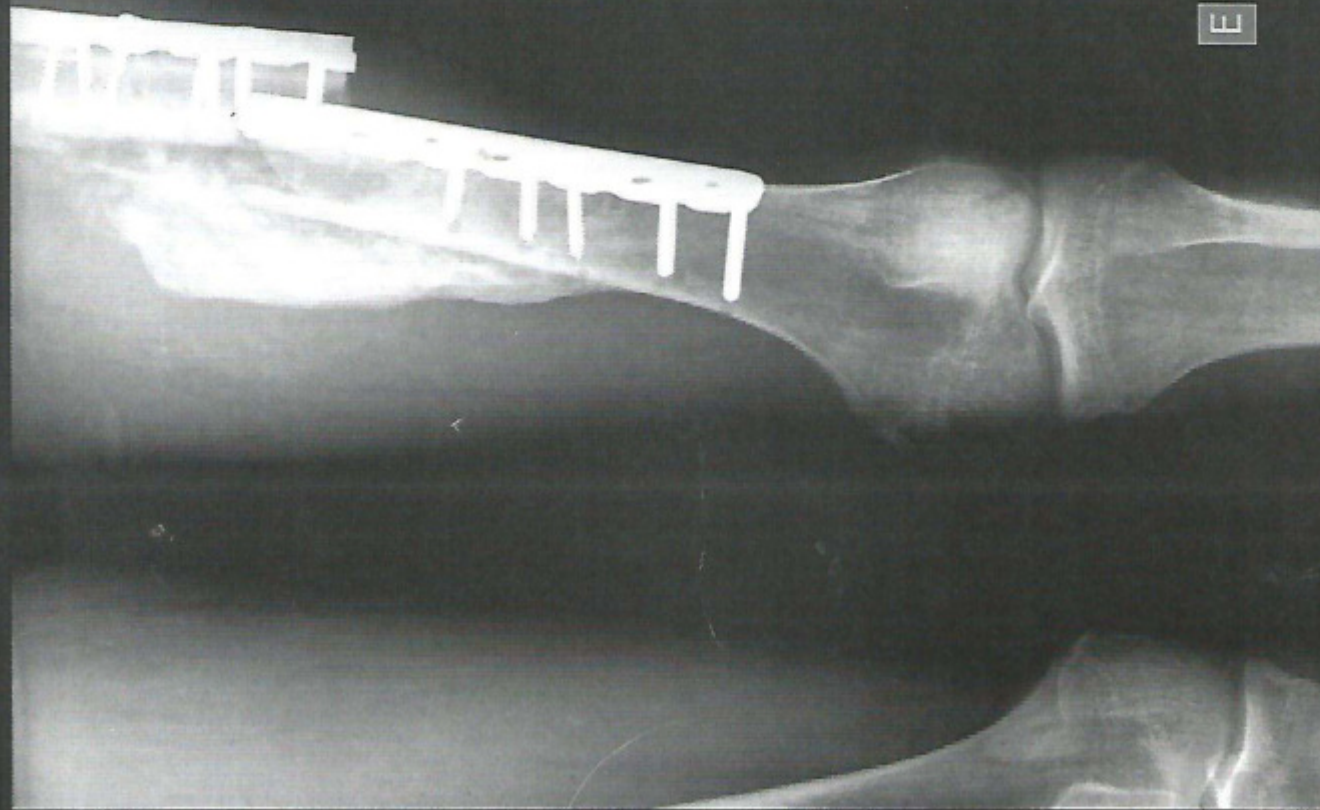
06/08/2018

D



Cloudbaldo

65,5 %



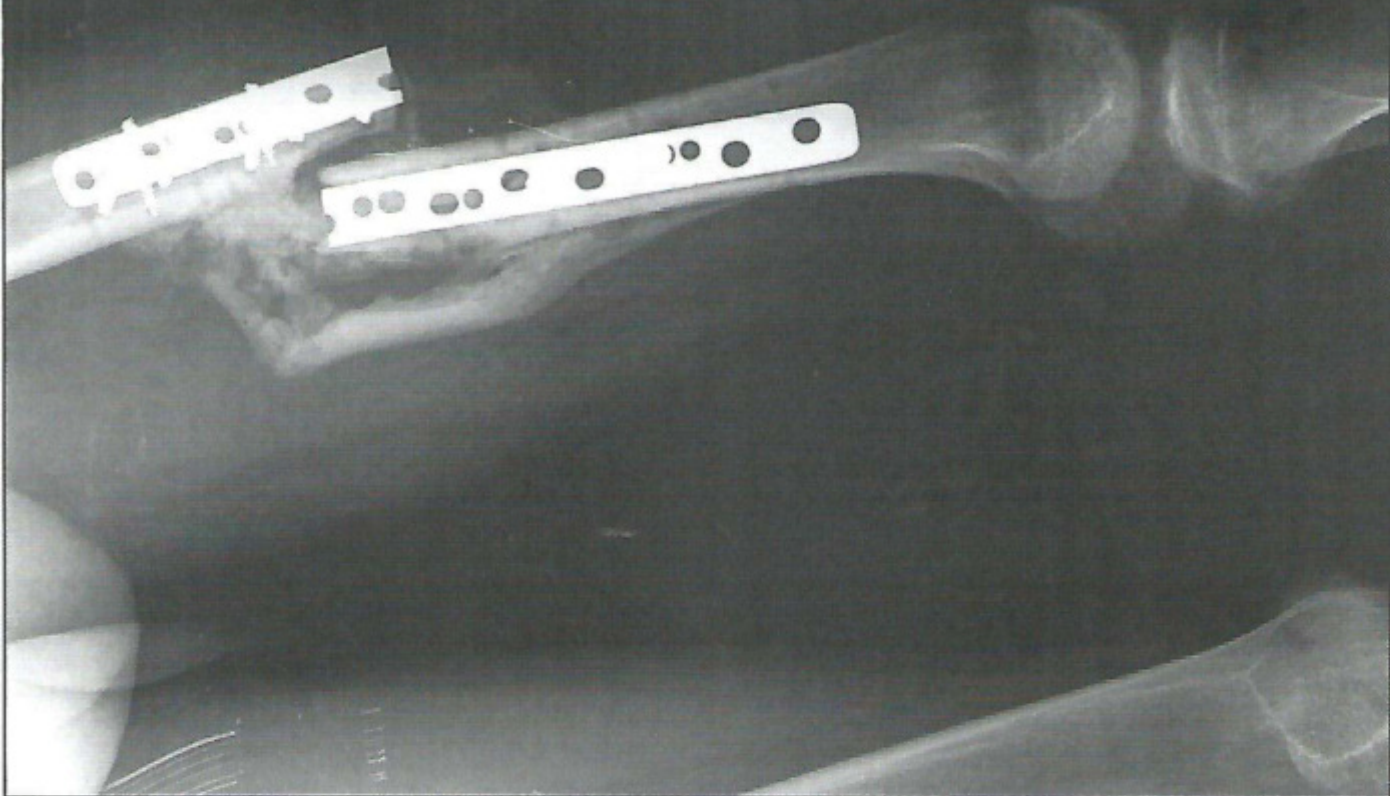
E

37,7 %

31/10/2018 08:47:09

, NERISON DOS S. SILVA

BL/D 401-3



E

40,8 %

31/10/2018 08:47:09

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

Polg. Direto

NERISON DOS SANTOS SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL **246794** DATA DE EXPEDIÇÃO **21/07/2017**

NOME **NERISON DOS SANTOS SILVA**

FILIAÇÃO
DOMINGOS CARVALHO SILVA
MARIA DE LOURDES DOS SANTOS SILVA

NATURALIDADE
ALTAMIRA - PA

DATA DE NASCIMENTO
20/07/1985

DOC. ORIGEM
CERTD NASC 1752 FLS V-38 LIV 3-A
PACAJÁ-PA

002.443.292-06
2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Polícia Especializada de Polícia Civil
Quarta de 600

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P7

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
002.443.292-06

Nome
NERISON DOS SANTOS SILVA

Nascimento
20/07/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
C70B.80F2.C534.851D

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 12:23:34 do dia 28/05/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
NERISON DOS SANTOS SILVA

DATA DE NASCIMENTO
20/07/1985

Nº INSCRIÇÃO
0032 3377 2640

ZONA
005

SEÇÃO
0401

MUNICÍPIO / UF
BOA VISTA/RR

DATA DE EMISSÃO
05/01/2018

JUZ. ELEITORAL
[Assinatura]

Presidente do TRE-RR

POLEGAR DIREITO

NERISON DOS SANTOS SILVA

ASSINATURA DO IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA DA RECEITA ELEITORAL

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG EMISSOR/UF
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

RELACAO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSAO
[]

ACC
[]

CAT HAB
AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITACAO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RO/ AIMA

DATA DE EMISSAO
30/01/2015

JUSCELINO KUBITSCHKE PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE

ASSINATURA DO EMISSOR

92485240616
RR207968020

DETRAN-RR (RO/ AIMA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR
980151096

MINISTERIO DAS CIDADES

VIA	COD RENAVAM	INTC	EXERCICIO
01	00853175446		2017

-NOVEMBER

MOL.3894

CHARTS

CONCLUSIONS

ANO FAB. 2005 ANO MOD. 2005

PART ILLU

-CONFRE
PRET

WENG, DOTA UNICA

[illegible]

- PATEL (1998)

3. 本本本本本本本本

Fig. 7

06/01/2017

100

[illegible]

100

17/10/2017

BILHETE DE SEGURO DPVAT

www.seguradordelider.com.br

SAC PRIVAT 0500 022 1204

Expenditure

radio:

NAL 3894

[illegible]

10

7 DEI

10

1

CHP-2 02.242.602/0001-00

045746670

31 DEZ. 2018

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Werson dos Santos Silva
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	246794 SSP-PA
ENDEREÇO:	Rua Rio Negro, N° 425, Jardim: Bela Vista

OUTORGADO

NOME:	Flavi Trácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114-807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua Antonio Pinheiro Galvão, N° 1532, Curitiba

Pelo presente instrumento 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, RR 23 de Julho de 2018

LOCAL E DATA



Werson dos Santos Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO
 Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
 Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
 Av. Ataide Teira, 4307 - Aca Branca - Boa Vista/RR
 Fone: (95) 3677-4335
 E-mail: daniel.aquino@cartorioaquino.com.br

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
 WERSON DOS SANTOS SILVA

Em testemunho da verdade, SOLO
 De que dou fé, Boa Vista/RR, 23 de julho de 2018.
 Consulte o(s) selo(s) abaixo em: portal.dorrr.com.br
 REC/FIR/166296VOZ7S21CJ6A7SN66/

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

31.886
 Flávia Oliveira de Aquino
 Escrevente Autorizada

31 DEZ. 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024625/19

Vítima: NERISON DOS SANTOS SILVA

CPF: 002.443.292-06

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/04/2018

Titular do CPF: NERISON DOS SANTOS SILVA

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

NERISON DOS SANTOS SILVA : 002.443.292-06

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: 22/01/2019
Nome: NERISON DOS SANTOS SILVA
CPF: 002.443.292-06

NERISON DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2019
Nome: LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA
CPF: 878.291.693-49

LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA