

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:	Nome completo da vítima:		
	002.443.292-06	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:		CPF:	002.443.292-06	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
Bairro:	Cidade:	425		
Jardim Bela Vista	Boca Vista	RR	CEP: 69.316-332	
E-mail:	Tel.(DDD): (65) 98125-9538			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> 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: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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: Vivos: Falecidos: 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, Boca Vista-RR 23/10/2018
 Nome: Nerison dos Santos Silva
 CPF: 002.443.292-06

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

NERI son dos Santos Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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: Raia 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 N°: 425
Logradouro: RUA RIO NEGRO
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 N°: 446
Logradouro: ESTRELA DO SUL
Bairro: Raia 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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 018175/2018

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado (a):

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

~~Reginaldo Messias de Oliveira~~
Responsável pelo Atendimento

ROP-PM/RR N° 808617
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) unico(a) responsável pelas informações acima assentadas e cliente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia 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

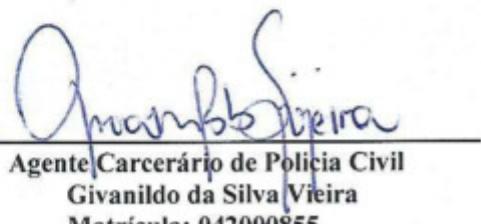
ENDEREÇO: RUA – Z 03 54

BAIRRO: SILVIO LEITE

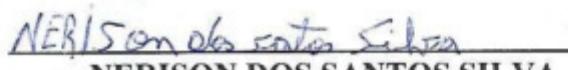
O comunicante compareceu nesta especializa, para acrescentar/corrigir no Boletim de Ocorrência supracitado os Dados do Veículo e o nome do Proprietário.

- **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

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

Nome Completo da Vítima

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 _____
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

106 - 2

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA						DIURNO 07-19	3				
1800943497	30/04/2018 08:01:55	Paciente NERISON DOS SANTOS SILVA	Data Nascimento 20/07/1985	Idade 32 A 9 M 10 D	CNS 705406408867598	CPF 00244329206	Prontuário 00091883				
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento NÃO	Órgão Emissor INFORMOU	Data Emissão M	Sexo SOLTEIRO(A)PARD	Estado Civil Raça/Cor	Naturalidade ALTAMIRA - PA	Nacionalidade BRASILEIRA				
Mãe MARIA DE LOURDES BISPO DOS SANTOS	Endereço RUA - RIO NEGRO - 378 - BELA VISTA - BOA VISTA - RR			Pai DOMINGOS CARVALHO SILVA		Contato (95) 99122-4141	Ocupação				
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal					
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend. Procedimento Sol.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão				
Selos GRANDE TRAUMA							Registrado por: DANIEL.VIANA				
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue										
Anamnese de Enfermagem	<table border="1"> <tr> <td>GSC</td> <td>TOTAL</td> </tr> <tr> <td>AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456</td> <td></td> </tr> </table>							GSC	TOTAL	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	
GSC	TOTAL										
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456											
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)	<p>Acidente de moto polihematoma, com lesões suspeitas de fratura. Necessidade de cervical na região do pescoço. ADM: 1º doloroso à palpação. Glucosmia 15-14.</p>										
Exame Físico	<p>Plano (C), Braço (C), punho (P) neg. dor cervical na região do pescoço. Palpação dolorosa à palpação. Glucosmia 15-14.</p>										
Hipótese Diagnóstica	<p>Polihematoma.</p>										
SADT - Exames Complementares	<p><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 () CRM-RR 695</p>										
PRESCRIÇÃO				<p>APRAZAMENTO Certifico e dou fé que a presente cópia é fidelíssima da original que foi apresentada neste hospital.</p> <p>OBSERVAÇÃO</p>							
<p>1) SF 0.97. 1.000 ml</p> <p>2) Hb 0.100 g/dl</p> <p>3) Glutose 0.90 mm (EV) aguarde</p> <p>4) Leucocitose 15 (EV) aguarde</p> <p>5) D. p. 200 ml (EV) aguarde</p> <p>6) Fibrinol 40.000 (EV) aguarde</p>				<p>8:40</p> <p>Max Souto Maior Ortopedia e Traumatologia Medicina do Trânsito CRM-RR 695</p> <p>Max Souto Maior Ortopedia e Traumatologia Medicina do Trânsito CRM-RR 695</p>							
Conduta	<p><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: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação</p> <p>Data e Hora da Saída/Alta: / / : : : :</p>										
Óbito	Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : : :										
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico							
<p>Impresso por: daniel.viana Data Hora: 30/04/2018 08:04:05</p>				<p>Márcio Freire Médico CRM/RR 1613</p> <p>Barcode 1800943497</p>							
				<p>31 DEZ. 2018</p> <p>Psicologia</p>							



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

836700000018.512800750006.000000001305.898012180052



31 DEZ. 2018

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO , 1832 6

BURITIS -
CEP 69.309-209 - BOA VISTA - RR
CPF 383.051.512-04 RG 114807 SSP RR 11-04-96
Roteiro: 001.12.04.021730

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/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 fazenda 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 Heitor Trílio 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 Invalides 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	Bairro	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua. Antônio Pinheiro Guimarães</u>	<u>Buritis</u>	<u>Boa Vista</u>	<u>1832</u>	
Email			Estado	CEP
<u>elocirr@hotmail.com</u>			<u>RR</u>	<u>69.309-209</u>

Boa Vista/RR de Dezembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

106-2

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

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

~~Márcio Fre
Médico
CRM/RR 161~~



1800843107

CRM/RN 1613
Psychologie
1/2013

31 DEZ. 2018

31 DEZ. 2018

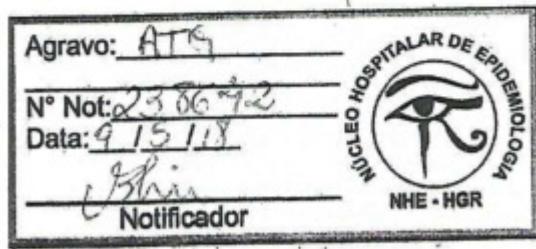
Relato acidente
mobilidade g/lw 15
Paciente faturou esportes de futebol
Especificamente, umas feridas em
fraturas de articulações
e esguichos.

Flá. Carlu Gómez

Dr. Adila C. Boenamaria Jr.
Medico
CRM-RR 4908

Gilciano Parente
Psicólogo
CRM 20104659

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



31 DEZ. 2018

2. White adult
molobritho glw 15
Pom. fractus except ab lower
Esperal, were for an
fracture & nail's broken
& Esperal.

Mr. Carter George

Dr. Adelio F. Echenique, Jr.
Medico
CRM-RR-4906

Gilciane Parente
Psicóloga
CRP 201046339

Agravio: ATG
Nº Not: 2386-9-2
Data: 9/15/18
John
Notificador



Alto 106-C2

1. FISIOL.	2. CLÍNICO
Único da	da
Saúde	Saúde

FORMA PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1. NOME, DIRETORIA, SETOR, CÂMERA, BLOCO, PAVILHÃO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

BLOCO A

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Wenceslau da Silveira

6 - N° DO PRONTUÁRIO

91883

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70151410614101818161751918

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/07/1985

9 - DATA DE NASCIMENTO

maria de lauris Bispo dos Santos

11 - TELEFONE DE CONTATO

91599112121911111

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

R. Rio Negro 378 Bela Vista

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

R12111111

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Possuiu polidatumetizado na mitade da ocorrência da mola com Fx
rupto de humor (E), Fx de humor (F)

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brq. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (65) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

10/01/2018

Certifico e sou fe o de a presente
cópia é de Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

18 - FOLHA DE FERIAS JUSTIFICADA INTERNAÇÃO

Tratamento Avançado

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

FX + Ex. humor

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

Fratura exposta de humor (E) + FX de humor (F)

Malha Sintético Maior
Iatex Sintético Traumatologia
Cirurgia do Trauma

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura exposta de humor (E) + FX de humor (F)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DOCUMENTO

() CNS

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

31/12/2017

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Francisco Ribeiro

30/01/2018

33 - N° DO BILHETE

34 - SÉRIE

35 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

43 - VIM J. O. COM A PREVIDÊNCIA

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - EMPREGADO

46 - AUTÔNOMO

47 - DESEMPREGADO

48 - APOSENTADO

49 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

53 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

54 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

56 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

57 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

58 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

59 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

60 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

61 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

62 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

63 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

64 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

65 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

66 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

67 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

68 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

69 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

70 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

71 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

72 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

73 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

74 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

75 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

76 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

77 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

78 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

79 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

80 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

81 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

82 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

83 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

84 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

85 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

86 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

87 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

88 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

89 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

90 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

91 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

92 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

93 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

94 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

95 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

96 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

97 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

98 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

99 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

100 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

101 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

102 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

103 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

104 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

105 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

106 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

107 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

108 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

109 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

110 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

111 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

112 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

113 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

114 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

115 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

116 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

117 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

118 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

119 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

120 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

121 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

122 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

123 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

124 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

125 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

126 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

127 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

128 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

129 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

130 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

131 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

132 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

133 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

134 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

135 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

136 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

137 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

138 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

139 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

140 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

141 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

142 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

143 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

144 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

145 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

146 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

147 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

148 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

149 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

150 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

151 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

152 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

153 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

154 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

155 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

156 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

157 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

158 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

159 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

160 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

161 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

162 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

163 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

164 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

165 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

166 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

167 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

168 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

169 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

170 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

171 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

172 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

173 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

174 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

175 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

176 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

177 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

178 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

179 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

180 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

181 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

182 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

183 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

184 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

185 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

186 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

187 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

188 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

189 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

190 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

191 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

192 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

193 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

194 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

195 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

196 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

197 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

198 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

199 - DATA DA AUTORIZAÇÃO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

106-2

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 30/04/18

O.S. _____

Wenian da Santei Silveira

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta de fêmur (E) e úmero (E)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Osteosíntese de FX exposta de fêmur e úmero (P)

ATO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: (P)

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIANO: Dr. J. M. S. Soárez Saito

2º AUXILIAR: Dr. J. M. S. Soárez Saito
Medicina e Traumatologia
CRM-RN 005

3º AUXILIAR: _____

1º AUXILIAR: Dr. Paulo R. R. S.

INSTRUMENTADORA: Dr. Renanito Resende
Medicina
CRM-RN 2007

ANESTESIA: _____

30/04/2018

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

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

10 MHT 2018

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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Recante um DDM

2. AA + CCE

3. LMC de úmero um exa (E) + Cervicoplastia de fixador interno

com auxílio de intubador de nárguil;

4. LMC de TO um exa (E) + Redução Cervical com auxílio
de intubador de nárguil + colocação de fixador interno;

5. Curativo

6. A RPD.

31 DEZ. 2018



ASA - E

FICHA DE ANESTESIA

Nelson dos Santos Silva. - 32 anos -

Dear Vito

30/04/18

SELETO	DOSES	TÉCNICA
Humidito	10mg	Anuskin pro
Succinil	70mg	bolanteada adop
Tartaric	300mg	de la vía en
Acetônico	40mg	sistema fechado
Acetona pro 3x	70mg	cons observador
Mortifina	15mg	de CO ₂
Atropina	0.5mg	

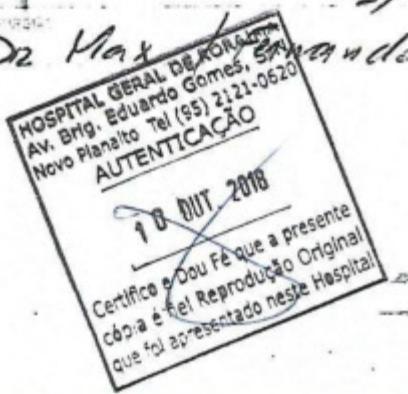
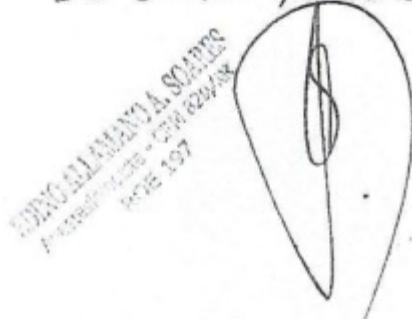
Ao

MONITORAGEM + DSC. APOLOTHO.

- 1) Monitoragem de TOT.
- 2) Monitoragem rápida com lidocaína 70mg + fator n.º 300 mg + 2 ferulato 75 succinil 70mg.
- 3) TOT com TOT 8.0 e cuff acoplado a VMC + SEVO.

4) Fertoni & roomy 1
 Rosario 200g
 5) Noostijmire 7,5 +
 Adora Shop. 9,75 -

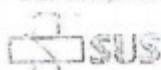
61 Exhibited ad
RPA



31 DEZ. 2018

FECHAMENTO DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

TIPO DE PACIENTE	APTO LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Nerison dos Santos Silva	67		30/04/18
CIRURGIA			
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
Fratura de fêmur E + úmero E	INICIO: 12:00	FIM: 24:09	TEMPO TOTAL
EQUIPE MÉDICA			
CIRURGÃO Dr. mare	ANESTESISTA: Dr. Edimilson de Menezes		
1º AUXILIAR Res. Pablo	RES. ANESTESIA:		
2º AUXILIAR Dr. fernando.	INSTRUMENTADOR		
TIPO DE ANESTESIA: Geral	CIRCULANTE	Lili + Adailton	
TEMPO DE DURAÇÃO:			
MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
PCIS COMPRESSAS C/03 UNID.		50000	FRASCOS-SORO FISIOLÓGICO 500 ml
PACOTES GAZE		100	FRASCOS-SORO RINGER LACTADO
LUVA ESTERIL 7.0			FRASCO S/ RIO CLAVIAGO
LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°
LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON N° 0,
LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°
LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°
LÂMINA BISTURIN° 15			FIO CATGUT SIMPLES N°
DRENO DE SUCÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°
DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°
DRENO DE PENROSE N°		10	FIO SEDA N°. Afadura de erupção
SPRINGA 01ML			SURGICEL
SPRINGA 03ML		1	CERA P/ OSSO tubo endo traqueal
SPRINGA 05ML			KIT CATARATA
SPRINGA 10ML		1	elastocla
SPRINGA 20ML			GEORONAM
			equipo
		100ml	ESTACARD
		100ml	alcal
			OPERAÇÃO: Rovidine
			1 Sulfadiazina de Prata 20g
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	Bruno + Sueleny	SUB-TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
	Lili + Adailton	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA DE ANESTESIA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto Tel (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO ENVIE ESTE FORMULARIO A CONTABILIDADE	
		SOMA	
		10 ABR 2018	



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

H.G.R

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Ortopedia

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Neison Dos Santos Silva

6 - N° DO PRONTUÁRIO

91883

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7101514161461818167151918

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/07/85

9 - PSEU

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (BLA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pac. o de 32 anos de idade, Utm de
Fratura Femur (E) + Umero (E) e haver multiple
glos recente de moto. Blitar - 041803 0013
0408050519 -> 5723
0408060790 -> 4866
0408060360 -> 7892

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura Femur

0408060790 -> 4866

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

História + Exame Físico + Radiografia

7838

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CÓD. 10 PRINCIPAL 22 - CÓD. 10 SECUNDÁRIO 23 - CÓD. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura-Exosto Femur (E) + Fratura Umero (E), Osteomielite em Umero

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO 29 - 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)

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE 34 - CNPJ DA SEGURADORA 35 - N° DO BILHETE 36 - SÉRIE

37 - NOME DO EMPREGADOR 38 - CNPJ DA EMPRESA 39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNES DA EMPRESA 41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA 43 - EMPREGADO 44 - LIAÇÃO 45 - DESINTEGRAÇÃO 46 - DESEMPREGADO 47 - APOSENTADO 48 - NÃO SEGURADO

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 50 - DOCUMENTO 51 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

54 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

55 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 56 - DOCUMENTO 57 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

58 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 59 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

60 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 61 - DOCUMENTO 62 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

63 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 64 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

65 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 66 - DOCUMENTO 67 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

68 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 69 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

70 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 71 - DOCUMENTO 72 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

73 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 74 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

75 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 76 - DOCUMENTO 77 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

78 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 79 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

80 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 81 - DOCUMENTO 82 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

83 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 84 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

85 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 86 - DOCUMENTO 87 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

88 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 89 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

90 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 91 - DOCUMENTO 92 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

93 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 94 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

95 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 96 - DOCUMENTO 97 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

98 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

100 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 101 - DOCUMENTO 102 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

103 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 104 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

105 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 106 - DOCUMENTO 107 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

108 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 109 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

110 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 111 - DOCUMENTO 112 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

113 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 114 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

115 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 116 - DOCUMENTO 117 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

118 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 119 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

120 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 121 - DOCUMENTO 122 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

123 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 124 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

125 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 126 - DOCUMENTO 127 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

128 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 129 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

130 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 131 - DOCUMENTO 132 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

133 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 134 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

135 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 136 - DOCUMENTO 137 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

138 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 139 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

140 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 141 - DOCUMENTO 142 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

143 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 144 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

145 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 146 - DOCUMENTO 147 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

148 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 149 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

150 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 151 - DOCUMENTO 152 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

153 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 154 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

155 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 156 - DOCUMENTO 157 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

158 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 159 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

160 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 161 - DOCUMENTO 162 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

163 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 164 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

165 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 166 - DOCUMENTO 167 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

168 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 169 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

170 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 171 - DOCUMENTO 172 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

173 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 174 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

175 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 176 - DOCUMENTO 177 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

178 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 179 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

180 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 181 - DOCUMENTO 182 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

183 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 184 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

185 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 186 - DOCUMENTO 187 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

188 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 189 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

190 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 191 - DOCUMENTO 192 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

193 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 194 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

195 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 196 - DOCUMENTO 197 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

198 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 199 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

200 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 201 - DOCUMENTO 202 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

203 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 204 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

205 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 206 - DOCUMENTO 207 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

208 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 209 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

210 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 211 - DOCUMENTO 212 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

213 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 214 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

215 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 216 - DOCUMENTO 217 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

218 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 219 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

220 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 221 - DOCUMENTO 222 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

223 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 224 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

225 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 226 - DOCUMENTO 227 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

228 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 229 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

230 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 231 - DOCUMENTO 232 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

233 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 234 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

235 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 236 - DOCUMENTO 237 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

238 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 239 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

240 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 241 - DOCUMENTO 242 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

243 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 244 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

245 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 246 - DOCUMENTO 247 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

248 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 249 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

250 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 251 - DOCUMENTO 252 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

253 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 254 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

255 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 256 - DOCUMENTO 257 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

258 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 259 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

260 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 261 - DOCUMENTO 262 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

263 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 264 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

265 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 266 - DOCUMENTO 267 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

268 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 269 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

270 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 271 - DOCUMENTO 272 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

273 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 274 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

275 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 276 - DOCUMENTO 277 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

278 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 279 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

280 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 281 - DOCUMENTO 282 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

283 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 284 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

285 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 286 - DOCUMENTO 287 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

288 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 289 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

290 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 291 - DOCUMENTO 292 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

293 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 294 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

295 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 296 - DOCUMENTO 297 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

298 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 299 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

300 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 301 - DOCUMENTO 302 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

303 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 304 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

305 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 306 - DOCUMENTO 307 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

308 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 309 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

310 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 311 - DOCUMENTO 312 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

313 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 314 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

315 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 316 - DOCUMENTO 317 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

318 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 319 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

320 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 321 - DOCUMENTO 322 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

323 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 324 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

325 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 326 - DOCUMENTO 327 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

328 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 329 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

330 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 331 - DOCUMENTO 332 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

333 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 334 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

335 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 336 - DOCUMENTO 337 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

338 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 339 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

340 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 341 - DOCUMENTO 342 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

343 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 344 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

345 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 346 - DOCUMENTO 347 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

348 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 349 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

350 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 351 - DOCUMENTO 352 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Ortopedia

Nome: Verusson Santos Silva

Idade: 32 a.

D.N.: 20/07/85

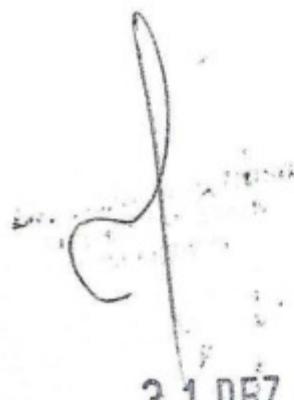
H.I.: fratura Engoshi fémur (E) + fratura Umero (E) +
Osteomielite em Umero (E)

Intervenções: RMS fíbula fémur + Osteosíntese fémur em fenda
+ TTO Osteomielite do Umero com reposicionamento
longas: Dr. Marcelo Arruda
Dr. Dalsen
Dr. Elder R.

Relatório longo

1. Tornade em 12.12.14
2. Antibiótico e desparasitário
3. longos Exames
4. Altos fôrmas exames
5. Radiografia toracica + fraturas do fôrma esquerdo com
Ocorrência de intensificação de imagens
6. Radiografia de Pernas feita em projeção de Umero e hérnia
de Ossos - ch. enclácti e de Perna Osso
7. Radiografias de Umero Perni Substâncias de um Setor que
foi retirado
8. Exames em braço e braço
9. R.P.A

Dr. Marcelo Arruda
Traumatologista / Ortopedista
CRM-PR 1243



31 DEZ. 2018



Victorino dos Santos Silveira 3ta

11/05/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

Boa Vista - RR

AGENTES	N 20	15			30			45			15			30			45			15			30			45				
		02	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00		
LÍQUIDOS VENOSOS	1	I																												
	V	U	100 ml	100 ml	500 ml																									
DA	240																													
X	35																													
ULSO	220																													
O	200																													
ANES	180																													
X	160																													
OP	140																													
O	120																													
TOMT	100																													
ASPIR.	80																													
A	60																													
RESP	40																													
O	20																													
Export																														
Assist																														
Contro																														
SÍMBOLOS		3	2	4	5	6																								

AGENTES	DOSSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES X monitorização + checagem de órgãos S & V
A. ventosa	250 mg		
B. injeçao	250 mg	ACB com 707 n° 8	ACB injeçao com 707 n° 8
C. solucao	8 mg	com cuff occluder	respiração facial, O2 100% 6 litros
D.		o ven 100%	inhalador
E.		o sistema sem fechado	Flutamida 250 mg
F.		o ven Absoluta	Propofol 200 mg
G.		et CO2	Cisotriptano 8 mg
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cândula - Naso / Orc Faringea	707 Sol 1 D. Tot n° 8 com cuff
HDOD		Naso / Otorrino - Cega	Propofol ocular e fixação
SANGUE		Sal - Tamp - Cândula do Tube	manutenção com seu fluxo
5% 0,9% — 4500	8 mg	Sob Máscara	monit. pressão arterial
	8 mg/ml	Dificuldade Técnica	
TOTAL			
TEMPO DE ANESTESIA	7h		
OPERAÇÃO			
Interv. uterina de Remix (E)			
ANESTESE	CÓDIGO	CIRURGIO	PERÍODO SANGUÍNEO
Dra. Ana Paula Thomé		Dr. Floriano Annulato Dolzen	Coagulável
Dra. Ana Paula Thomé			
Médica Anestesiologista			
CRM-RR 1408			

(R) extubado
circumferência PI
P.A.

(1) cibotimia 2g iv
(2) furociclam 40 mg iv
(3) dexametasona 4 mg iv
(4) Dijoxina
(5) atropina 0,5 mg +
Atropina 0,75 mg.

Dra. Ana Paula Thomé
Médica Anestesiologista
CRM-RR 1408



Nemissan dos Santos Silveira 35a

11/05/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

11^o

Boa Vista - RR

AGENTES	N 20 02 Solu	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
LÍQUIDOS VENOSOS													
DA	240												
X	35												
ULSO	220												
O	36												
ANES	200												
X	34												
OP	180												
O	32												
TENS	140												
□	120												
ASPIR.	80												
A	60												
RESP	40												
O	29												
Expon	00												
Aestal	0												
Conso	0												
SIMBOLOS													

AGENTES	DOSSES	TÉCNICA	ANOTACÕES
A	500 mg	AGB Cet 70% + O2	X - monitorização + checagem
B	200 mg	Cet cuff oco/oblíq	do pectoral.
C	8 mg	O2m VCV.	① 16A extubação
D		extubação	indução
E		extubação	extubação
F		extubação	extubação
G		extubação	extubação
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cálculo - Naso / Ore Faringeas	extubação 200 mg.
HCDD		Naso / Ofototraqueal - Cegas	extubação 200 mg
SANGUE	5.70, 97 1600 ml	Sal - Tamp - Calibre do Tubo	extubação 8 mg
		Sob Máscara	80% em 20% n=8 cm.
		Dificuldade Técnica	cuff
	1600 ml	TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL			

OPERAÇÃO	Laringo - Espasmo - Excesso Secre	Hemorragia - Antímts
Ht de catarro - ch te de ouvno (E)	Opção de Paralisação + Hiperb.	Bradí Tiquicardia - Cheque
anestesia	"Suction" - Vômito	

ANESTESIA: Dr. Ana Paula paula/

CÓDIGO:

CIRURGIO:

Dr. Moncelo Andrade/Andréka

PÉTIA SANGUÍNEA:

Crescent 50

- (1) Cetotiofenon 200 mg
- (2) Diazepam 20 mg
- (3) Dexmedetomidina 0,5 mg
- (4) Uroguanidina 1,5 mg
- (5) Atropina 0,75 mg

Dra. Ana Paula Thomé
Médica Anestesiologista
CRM/RR 1403

31 DEZ. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGI

NOME DO PACIENTE VERISSON DOS SANTOS SILVA		APT OU LEITO 106-2	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA 11 15 118	
TIPO MS + BST, FRAT. FÉMUR + Recolhimento Fixador Externo M.5 E2 MFE		CIRURGIA TEMPO DE DURAÇÃO INICIO 14:15 FIM 15:45 TEMPO TOTAL			
		EQUIPE MÉDICA RURGIÃO DR. MARCELO A. / AUXILIAR DR. DALSON AUXILIAR DR. ELDER PO DE ANESTESIA: GERAL			
		ANESTESISTA: ANA PAULA RES. ANESTESIA: DR. EMANUEL INSTRUMENTADOR	CIRCULANTE CLAUDENI R + SOCORRINHA		
		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO 500ml cateter de O2	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 3.0 -	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS-P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 15		1	FIO CATGUT SIMPLES Nº 9cm x 1	
1	DRENOS DE SUCCÃO Nº		1	FIO CATGUT CROMADO Nº 10cm x 1	

DE ENFERMAGEM
CIRÚRGICO/SRPA

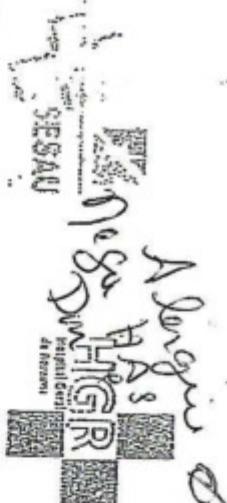
31 DEZ. 2018



SAI

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

PÁGINA PRED: Eletrotope		TRANSOPERATÓRIO						SRPA					
Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Termino Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia			Sinais Vitais				
SAI: 30	12:00	11:45				Posição	Localização		T	P	PA	SPO2	
Cirurgia Realizada		Anestesia							1h				
Anestesia									15'				
SG a 10%:									30'				
SG a 0,9%:									45'				
Infundolí		Nome:							1h				
Anestesia:									1h30				
Hidrocloridrato de:									2h				
Antibiotico:									3h				
Hemocultura:									4h				
Pleura:									5h				
Pleural:									6h				
Pleural:									7h				
Pleural:									8h				
Pleural:									9h				
Pleural:									10h				
Pleural:									11h				
Pleural:									12h				
Pleural:									13h				
Pleural:									14h				
Pleural:									15h				
Pleural:									16h				
Pleural:									17h				
Pleural:									18h				
Pleural:									19h				
Pleural:									20h				
Pleural:									21h				
Pleural:									22h				
Pleural:									23h				
Pleural:									00h				
Pleural:									01h				
Pleural:									02h				
Pleural:									03h				
Pleural:									04h				
Pleural:									05h				
Pleural:									06h				
Pleural:									07h				
Pleural:									08h				
Pleural:									09h				
Pleural:									10h				
Pleural:									11h				
Pleural:									12h				
Pleural:									13h				
Pleural:									14h				
Pleural:									15h				
Pleural:									16h				
Pleural:									17h				
Pleural:									18h				
Pleural:									19h				
Pleural:									20h				
Pleural:									21h				
Pleural:									22h				
Pleural:									23h				
Pleural:									00h				
Pleural:									01h				
Pleural:									02h				
Pleural:									03h				
Pleural:									04h				
Pleural:									05h				
Pleural:									06h				
Pleural:									07h				
Pleural:									08h				
Pleural:									09h				
Pleural:									10h				
Pleural:									11h				
Pleural:									12h				
Pleural:									13h				
Pleural:									14h				
Pleural:									15h				
Pleural:									16h				
Pleural:									17h				
Pleural:									18h				
Pleural:									19h				
Pleural:									20h				
Pleural:									21h				
Pleural:									22h				
Pleural:									23h				
Pleural:									00h				
Pleural:									01h				
Pleural:									02h				
Pleural:									03h				
Pleural:									04h				
Pleural:									05h				
Pleural:									06h				
Pleural:									07h				
Pleural:									08h				
Pleural:									09h				
Pleural:									10h				
Pleural:									11h				
Pleural:									12h				
Pleural:									13h				
Pleural:									14h				
Pleural:									15h				
Pleural:									16h				
Pleural:									17h				
Pleural:									18h				
Pleural:									19h				
Pleural:									20h				
Pleural:									21h				
Pleural:									22h				
Pleural:									23h				
Pleural:									00h				
Pleural:									01h				
Pleural:									02h				
Pleural:									03h				
Pleural:									04h				
Pleural:									05h				
Pleural:									06h				
Pleural:									07h				
Pleural:									08h				
Pleural:									09h				
Pleural:									10h				
Pleural:									11h				
Pleural:									12h				
Pleural:									13h				
Pleural:									14h				
Pleural:									15h				
Pleural:									16h				
Pleural:									17h				
Pleural:									18h				
Pleural:									19h				
Pleural:									20h				
Pleural:									21h				
Pleural:									22h				
Pleural:									23h				
Pleural:									00h				
Pleural:									01h				
Pleural:									02h				
Pleural:									03h				
Pleural:									04h				
Pleural:									05h				
Pleural:									06h				
Pleural:									07h				
Pleural:									08h				
Pleural:									09h				
Pleural:									10h				
Pleural:									11h				
Pleural:									12h				
Pleural:									13h				
Pleural:									14h				
Pleural:									15h				
Pleural:									16h				
Pleural:									17h				
Pleural:									18h				
Pleural:									19h				
Pleural:									20h				
Pleural:									21h				
Pleural:									22h				
Pleural:									23h				
Pleural:									00h				
Pleural:									01h				
Pleural:									02h				
Pleural:									03h				
Pleural:									04h				
Pleural:									05h				
Pleural:									06h				
Pleural:									07h				
Pleural:									08h				
Pleural:									09h				
Pleural:									10h				
Pleural:									11h				
Pleural:									12h				
Pleural:									13h				
Pleural:									14h				
Pleural:									15h				
Pleural:									16h				
Pleural:									17h				
Pleural:									18h				
Pleural:									19h				
Pleural:									20h				
Pleural:									21h				
Pleural:									22h				
Pleural:									23h				
Pleural:									00h				
Pleural:									01h				
Pleural:									02h				
Pleural:									03h				
Pleural:									04h				
Pleural:									05h				
Pleural:									06h				
Pleural:									07h				



NAME: Monica de Souza Silveira

JA: - SISTEMATIZAÇÃO - A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

20078

Alta Adm. - 01/06 a 30/06/18.

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNACÃO HOSPITALARSistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde

01 - TÍTULO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

02 - NOME LEGAL DA ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HGR

03 - TÍTULO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HGR

04 - NOME DO PACIENTE

Nelson

daes Santos Silva

2 - CNES

4 - CNES

05 - N.º DO PACIENTE

7015406141018867598

06 - DATA DE NASCIMENTO

20/07/85

07 - N.º DO PRONTUÁRIO

91883

9 - SEXO

08 - NOME DA MULHER DO PACIENTE

Maria de Moura Bispo dos Santos

09

10 - TELEFONE DE CONTACTO
DO PACIENTE

Rua Rio Negro - 378 - Bela Vista

11 - CID, ICD, MDCP, DIF

12 - CEP

Boa Vista

RR

13 - ENFERMOS SÍNCRONOS / SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

Justificativa Experto de Fé para a Unica (E)

14 - CÓDIGO DE CÓPIA QUE SOLICITAM A INTERNACÃO

Justificativa Clínico

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 5/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

10 - THT 2018

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fidel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hesp

15 - CÓDIGO DE CÓPIA DOS DOCUMENTOS RELATIVOS AOS RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

Rx + Exame Fé

Justificativa Experto de Fé para a Unica (E)

11 - CID 10 PRINCIPAL 12 - CID 10 SECUNDÁRIO 13 - CID 10 CÓDIGO ASSOCIAÇÃO

16 - TÍTULO DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Centro de Especialidades Médicas

07 - CÓDIGO DE CÓPIA DA AUTENTICAÇÃO

Centro de Especialidades Médicas

08 - NOME DA MULHER DO PACIENTE SOLICITANTE

Fernando R. Cunz

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Fernando Rezende

Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia

CRM-RN 0007

26 - N.º DO PROCEDIMENTO

09 - SÍMBOLO DE AVISAMENTO

01 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

02 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

03 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

04 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

05 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

06 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

07 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

08 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

27 - N.º DO PROCEDIMENTO

09 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

02 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

03 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

04 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

05 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

06 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

07 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

08 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

09 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

10 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

11 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

12 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

13 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

14 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

15 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

16 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

17 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

18 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

19 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

28 - N.º DO PROCEDIMENTO

01 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

02 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

03 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

29 - N.º DO PROCEDIMENTO

04 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

05 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

06 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

07 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

08 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

09 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

10 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

11 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

12 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

13 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

14 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

15 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

16 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

17 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

18 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

19 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

20 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

21 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

22 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

23 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

24 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

25 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

26 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

27 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

28 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

29 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

30 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

31 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

32 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

33 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

34 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

35 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

36 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

37 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

38 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

39 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

40 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

41 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

42 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

43 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

44 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

45 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

46 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

47 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

48 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

49 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

50 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

51 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

52 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

53 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

54 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

55 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

56 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

57 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

58 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

59 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

60 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

61 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

62 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

63 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

64 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

65 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

66 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

67 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

68 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

69 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

70 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

71 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

72 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

73 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

74 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

75 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

76 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

77 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

78 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

79 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

80 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

81 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

82 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

83 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

84 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

85 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

86 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

87 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

88 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

89 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

90 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

91 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

92 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

93 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

94 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

95 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

96 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

97 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

98 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

99 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

100 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

101 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

102 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

103 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

104 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

105 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

106 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

107 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

108 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

109 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

110 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

111 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

112 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

113 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

114 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

115 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

116 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

117 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

118 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

119 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

120 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

121 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

122 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

123 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

124 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

125 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

126 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

127 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

128 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

129 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

130 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

131 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

132 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

133 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

134 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

135 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

136 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

137 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

138 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

139 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

140 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

141 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

142 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

143 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

144 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

145 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

146 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

147 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

148 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

149 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

150 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

151 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

152 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

153 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

154 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

155 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

156 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

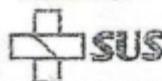
157 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

158 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

159 - CÓDIGO DE CÓPIA DO AVISAMENTO

160 - CÓD

BLOCO A



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
de
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

Nerisson Sandes Silveira

6 - N° DO PRONTUÁRIO

91883

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

410540640881675918

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/04/1989

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Maria de Lourdes Biopo de los Santos

11 - FONE DE CONTATO

91591911424114

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

R. Rio Negro 378 Belo visto

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

1212

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Friso de Vmono Ø
com fluxo exsor exsor

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO

cinnam

que foi apresentado neste laudo
é original e não reprodução original
que foi feito que a presente
é feito e deve ser feito

10 MAR 2018

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

R.P

AUTENTICACAO
NOVO Plano de Saude (55) 2121-0620
AV. Dr. Edmundo Gomes, 5/N
CENTRAL GERAL DE SERVICO

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

FAT De Vmono Ø

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Ritmo de fluxo

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS

() CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

01/07/18

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

0908060360

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

T842

Y838

até 17/7/2018

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

Nelson Antônio Ferreira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

41883

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71054064088167598

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/09/1983

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Maria de Lourdes Bispo dos Santos

11 - FONE DE CONTATO

045 3419112224119

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BARRA)

R. 25º Negro 378 Bela Vista

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

42211-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fracasso de humor (E) + pele (D) + raias espirais +

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cerejeira



Dr. Bento F. Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/1047
Título de Especialista
MOT: TEC01-10469

Certificado ou fez que a presente
cópia é a reprodução original
que foi apresentado neste Hospital

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

Exame fin - 18

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

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fração de humor (E) + pele (D)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção de pele de humor (E) + ortopedic el Pablo (D)

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Int

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Bento

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Vitor Montenegro / Dr. Bento

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Bento - Ortopedia
CRM/RN 869

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

() CNS

() CPF

50 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

040803000 → 040803000 → 5422

0408020343 → 5639

0408020032 → 5639

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

() CNS

() CPF

() AUT



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 17/07/19 O.S. _____

Novembro Santa S. da

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Fratura col. úmero (E) + Fratura do escafoides + luxo radial*

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: *Redução da fratura do úmero + osteosíntese parcial (col. sub)*

PO DE INTERVENÇÃO: *Intervenção de fratura do úmero (E) + osteosíntese parcial (col. sub)*

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: *O*

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: *Fratura*

CIRURGIÃO: Dr. Vitor Montenegro

1º AUXILIAR: Dr. Bruno F. Ayar

2º AUXILIAR: Dr. Eldon R. Z.

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: Dr. Marcus Brum R. Z.

ANESTESIA: _____

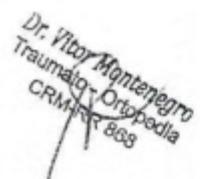
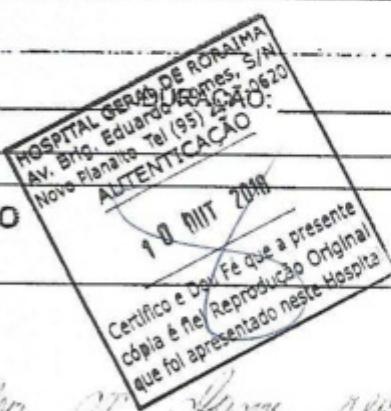
ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. RT DSH + anestese.
2. Cisplat + Cintilosc + campo exten
3. Incisão longitudinal detecção lateral, óssea p/ plan, redução
anterior, placas 6 blocos de 7 furos + controlo vascular +
máscara, placas 6 blocos de 7 furos + controlo vascular +
4. Incisão longitudinal em região antero-medial do úmero (D), óssea p/
5. Incisão longitudinal em região antero-medial do úmero (D), óssea p/
6. Reduzir o fêmur, colposcopicos blocos blocos de 9 furos, 1 m crânio
7. Reduzir + curvar
8. DPF





Venison dos Santos Silveira

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - ESPÉCIE

GF III.

17-07-18

AGENTES	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			
	H 20	02	receptor doce																			
LÍQUIDOS VENOSOS	1	M	5	(+)	(+)																	
	E	3																				
	L	6																				
	D	20																				
DA	-C	240	Glic - Fe - Pp - 240																			
X	38	220																				
ULSG	0	38	200																			
ANES	X	34	180																			
X	32	180																				
CP	O	30	140																			
TEMP		120																				
		100																				
ASPIR.	A	80																				
RESP	D	60																				
		40																				
		20																				
Expon																						
Assist																						
Contro																						
SÍMBOLOS		A A																				
AGENTES		TÉCNICA																				
A. Nô / Anh. 2,5% 50 mg		BLOQUEIO DO PLEXO BACONAL																				
B. Lidocaina 2% 200 mg		LÍQUIDO Glicina 10% ULTRASOM																				
C.		VIA AXILAR.																				
D.																						
E.																						
F.																						
G.																						
GLUCOSE		LÍQUIDOS																				
IDOD		Cianida - Nasc / Oto Faringes Nasc / Orotiquet - Cego Bol - Temp - Calibre do Tubo Sob Míscanc.																				
SANGUE																						
S. F. S. D. A. 1. 7.00 ml		Dificuldade Técnica: N/A																				
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA: 1h																				
OPERAÇÃO		Anestesia - Espas - 2 - Blocose Bactr Anestesia - Riso - 1,5 - Bloco - 1,5 "Enfase" - 10m																				
ACTO DODÓ - PUNHO DIREITO -		Terapêutica - 10m Bactr - Blocose - 10m																				
ANESTESIA		DODÓ		CIRURGIA		Anestesia - Espas - 2 - Blocose Bactr Anestesia - Riso - 1,5 - Bloco - 1,5 "Enfase" - 10m																
Dr. F. M. Herrera / Dr. Mariano / Dr. Gomes		2 Euros / 1h		DODÓ		Terapêutica - 10m Bactr - Blocose - 10m																
Dr. F. M. Herrera / Dr. Mariano / Dr. Gomes		2 Euros / 1h		DODÓ		Anestesia - Espas - 2 - Blocose Bactr Anestesia - Riso - 1,5 - Bloco - 1,5 "Enfase" - 10m																
Dr. F. M. Herrera / Dr. Mariano / Dr. Gomes		2 Euros / 1h		DODÓ		Terapêutica - 10m Bactr - Blocose - 10m																

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

31 DEZ. 2018



União dos Santes Silva

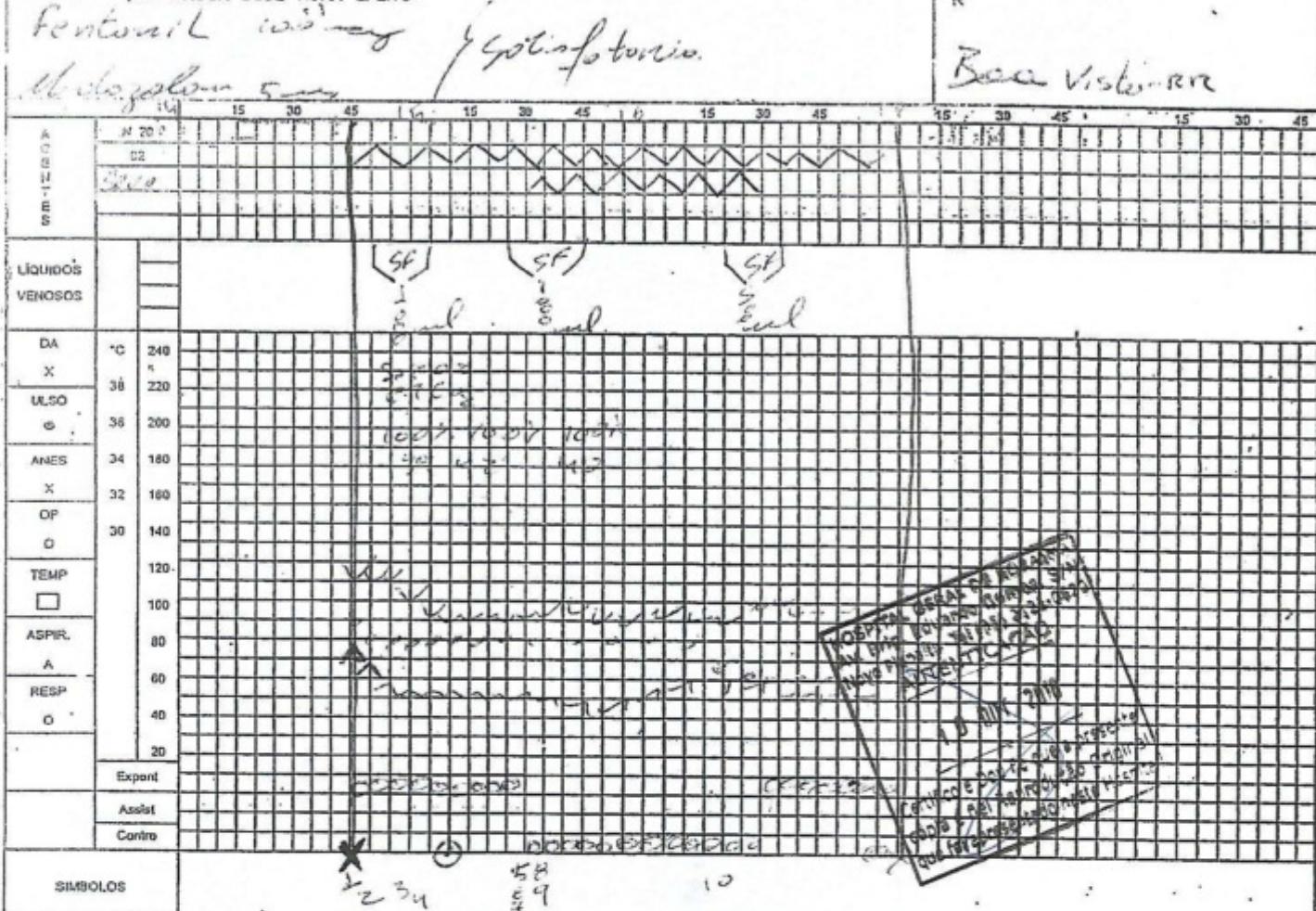
17/10/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Fentanil 0,05 mg / Gáspoflorio.
Midazolam 5 mg

Nº

Bac Vistorina



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Nitroglicerina 0,375 mg			X. Inhalatórios + drogas de dispositivo
B.		Bloqueio de Foco	① Assepsia l. Região, cirúrgica + Segurança de anestesia.
C.		Bloqueio com auxílio de CO2 + AGB + TOT N2O	+ Segurança de anestesia.
D.		+ VM VEV + coprocôr	70% + Sustar o fluxo de CO2 + Sustar o fluxo de CO2.
E.		6% O2 + Sustar	70% + Sustar o fluxo de CO2 + Sustar o fluxo de CO2.
F.		Sustar fluxo de CO2	Em Região Interescalônica de reação clorúrica.
G.			② Inspeção de 150 mg de Bicarbonato 0,3761
GLUCOSE	LÍQUIDOS		
NDCC			
SANGUE			
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			

osteosíntese de fratura artrose humero

Laringo - Espasmo - Excesso Seco
Depressão Respiratória - Hipoxia
"Bucking" - Vômito
Hemorragia - Aritmia
Bradí Taquicardia - Choque

ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGÃO	PERDA SANGUÍNEA
1. Fentanil 0,05 mg (15)		Dr. Bruno De Vitoria M	

(1) Nitroglicerina + Sustar
Nitroglicerina + Sustar

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

(2) Sustar fluxo de CO2 + Sustar fluxo de CO2

(3) Sustar fluxo de CO2 + Sustar fluxo de CO2

(4) Sustar fluxo de CO2 + Sustar fluxo de CO2

Bloqueio de Gáspoflorio.

(3) Sustar fluxo de CO2 + Sustar fluxo de CO2

(4) Dextrose metociclo 10 mg/10

(5) Prolactina 1000
mg/1000

(5) Cintronurio 8 mg

(6) 10% SB LD + 10% Cuff + Sustar fluxo de CO2 + Sustar fluxo de CO2

31 DEZ. 2018



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Osteosíntese de úmero (E) + Artrodese de punho (D)

Data: 17/07/18

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Neison dos Santos Silva Idade _____

Bloco: A Enfermaria 106 Leito: 02

Caixa: Grandes fragmentos bloquado + Peg. frag. bloquado _____

Circulante: Polycingela Robson Sala 04

Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

1 Placa bloquada - 09 furos (Peg. frag.)

1 Parafuso auto - resguardo nº 18

1 II II II II N° 26

1 II II II II N° 20

1 II II II II N° 24

1 II II II II N° 22

1 Placa bloquada - 07 furos (Grandes frag.)

1 Paraf. bloquado - 28

1 II II II II - 24

1 II II II II - 28

1 II II II II - 34



1º Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º Via - CME

31 DEZ. 2018



D

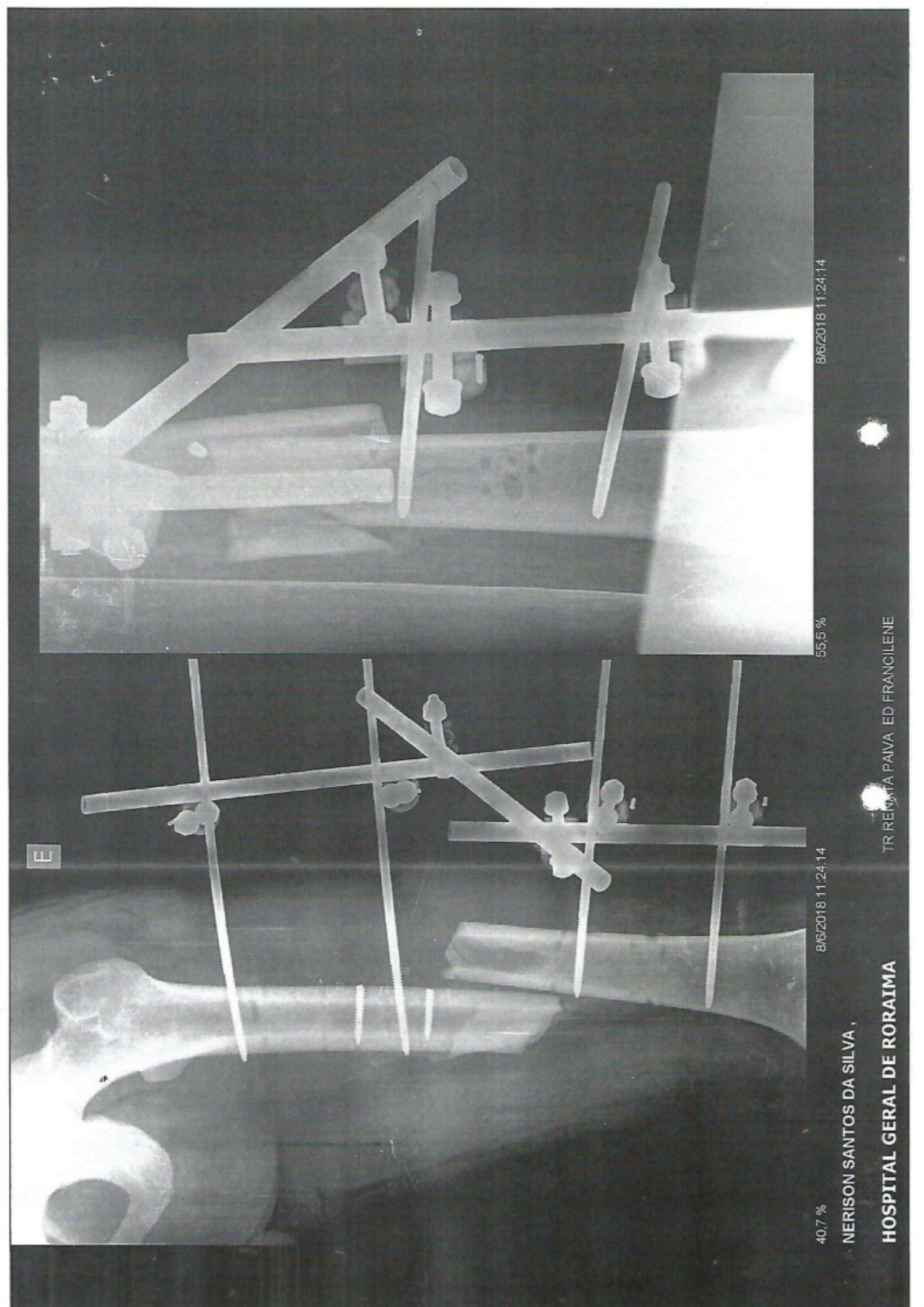
, NERISON DOS SANTOS

30/4/2018 08:40:17

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR QUEIMSON

54,4 %



8/6/2018 11:24:14

55,5 %

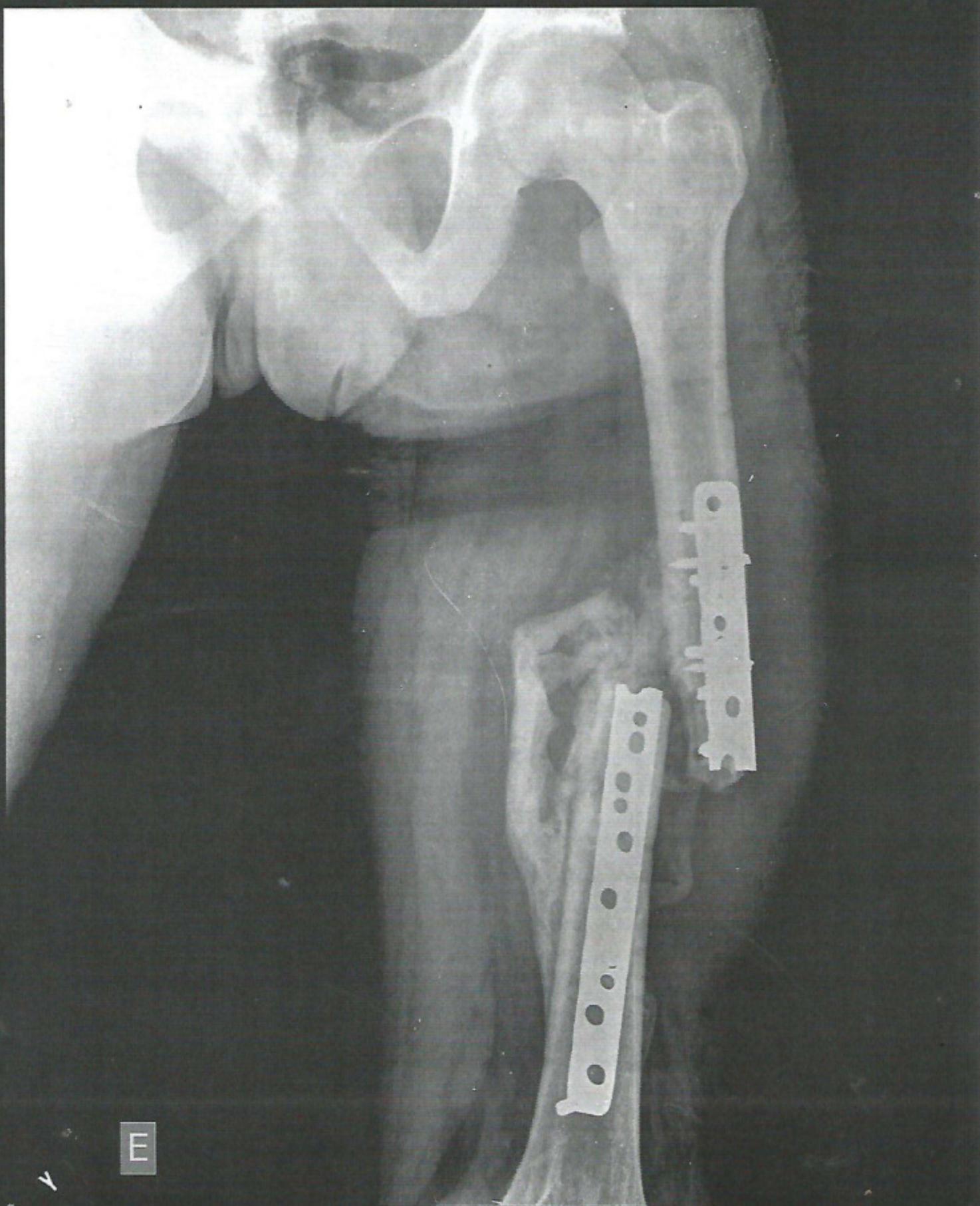
8/6/2018 11:24:14

40,7 %

NERISON SANTOS DA SILVA ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR RENDA 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

4

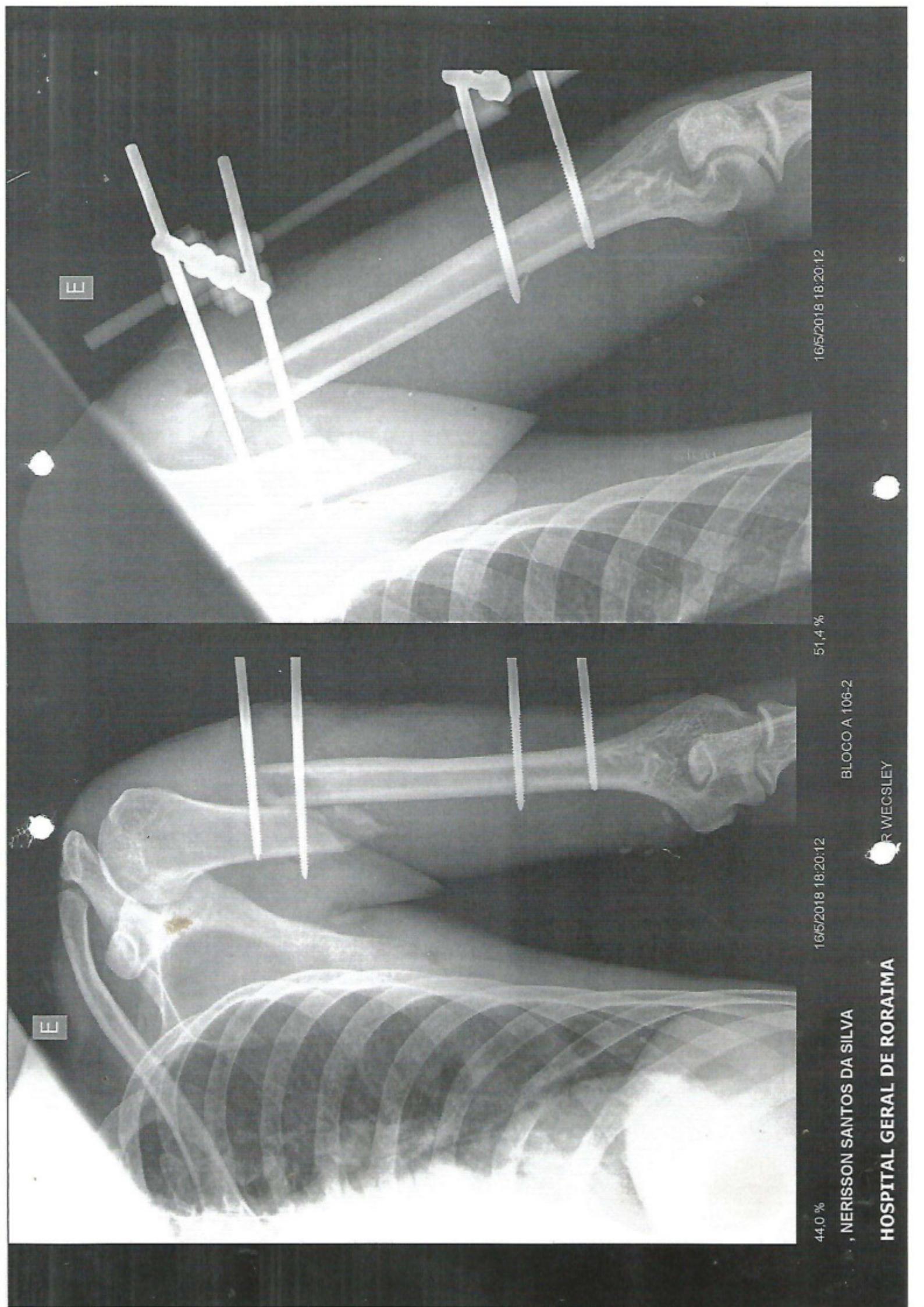
, NERISON DOS SANTOS

30/4/2018 08:40:17

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR QUEIMSON

64,4 %



44,0 %

, NERISSON SANTOS DA SILVA

16/5/2018 18:20:12

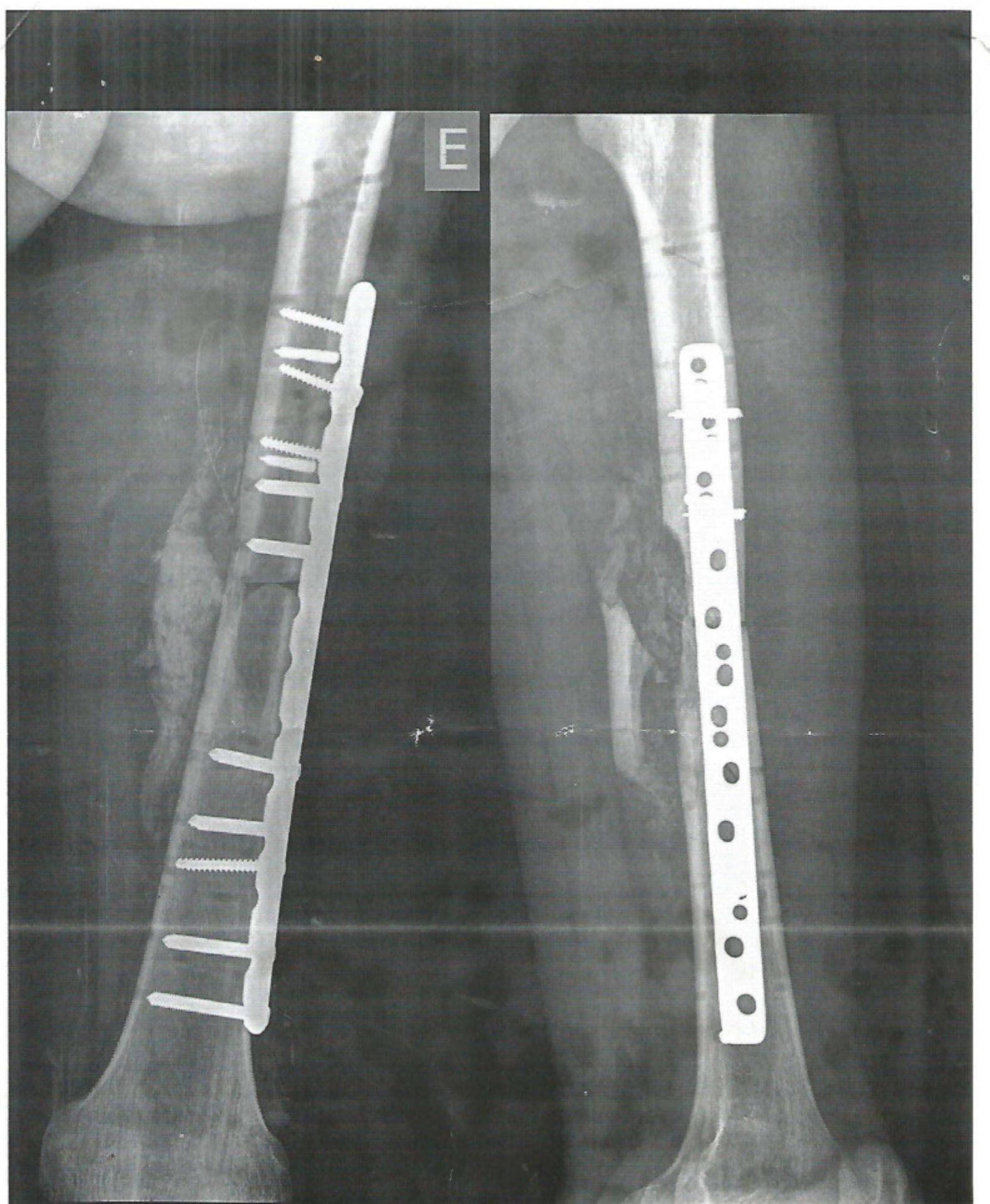
51,4 %

16/5/2018 18:20:12

BLOCO A 106-2

R WECSLEY

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



E

49,9 %

2/7/2018 09:45:48

50,1 %

2/7/2018 09:45:48

, NERISSON SANTOS SILVA

BLOCO/A L/106-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. EDSON ED. ROSANGELA



NERISON DOS SANTOS SILVA

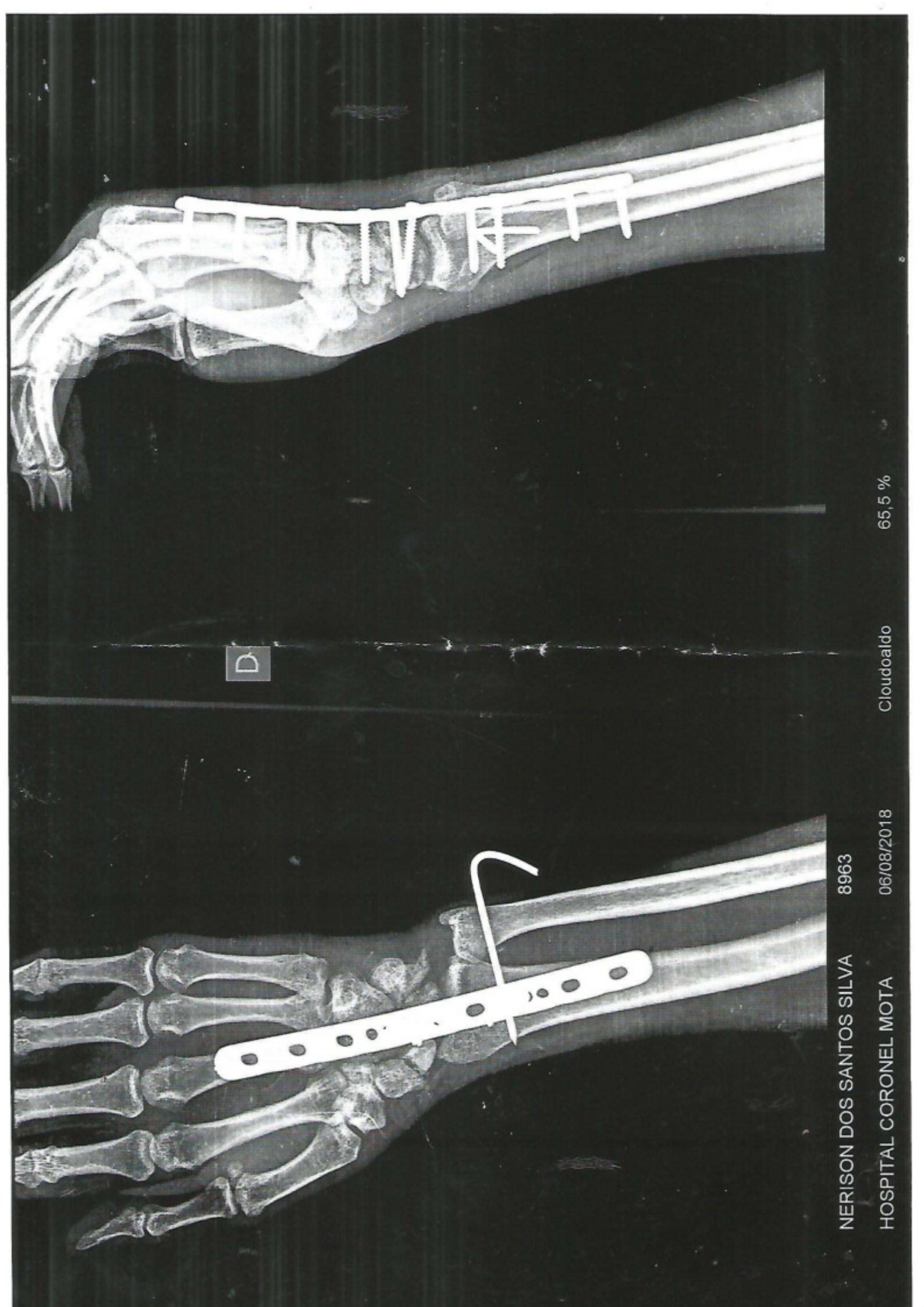
8963

HOSPITAL CORONEL MOTA

06/08/2018

Cloudaldo

77,7 %



65,5 %

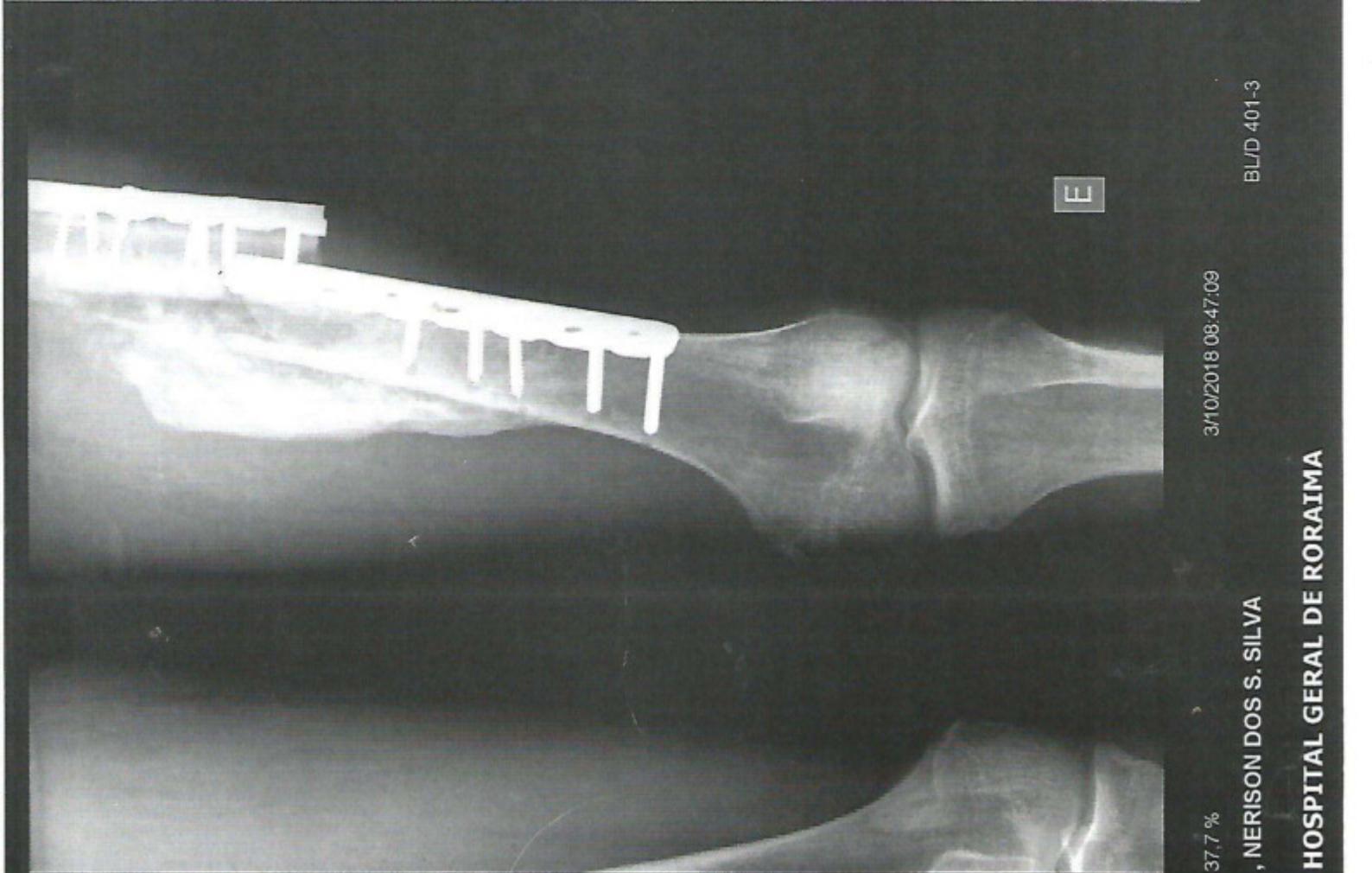
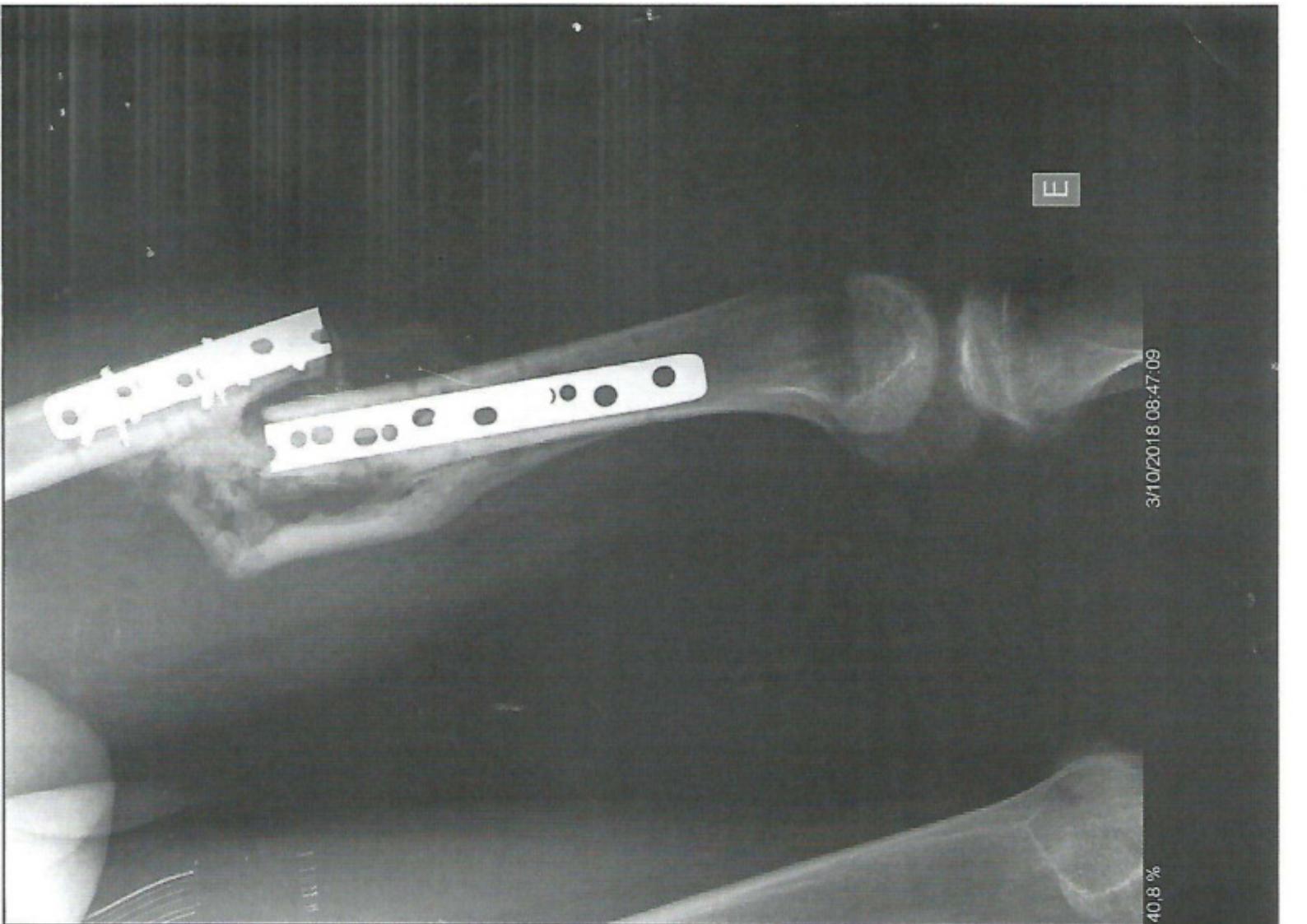
Cloudoaldo

06/08/2018

8963

NERISON DOS SANTOS SILVA

HOSPITAL CORONEL MOTA



, NERISON DOS S. SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

BL/D 401-3



Polegar Direito

*Nerison dos Santos Silva*

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃONúmero
002.443.292-06Nome
NERISON DOS SANTOS SILVANascimento
20/07/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REGISTRO
Nº 246794

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
CPF

002.443.292-06

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Porto Pequeno/Paraná da Polícia Civil
Governo do PCC

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

P7

CÓDIGO DE CONTROLE
C70B.80F2.C534.851DA autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereçowww.receita.fazenda.gov.brComprovante 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

POLEGAR DIREITO

NOME DO ELEITOR

NERISON DOS SANTOS SILVA

DATA DE NASCIMENTO

20/07/1985

Nº INSCRIÇÃO

0032.3377.2640

ZONA

005

SECÇÃO

0401

MUNICÍPIO / UF

BOA VISTA/RR

DATA DE EMISSÃO

05/01/2018

JUZ ELEITORAL

Presidente do TRE-RR

Nerison dos Santos Silva

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VÁLIDO SOMENTE NA MARCA DA ELEITORAL DA ZONA

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

NOME: ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG EMISSOR/UF
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04 DATA NASCIMENTO
07/04/1978

PALETA
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE
OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC CAT HAB
AB

Nº REGISTRO - 01101912304 VALADE 28/01/2020 1ª HABILITAÇÃO 15/12/1999

DESENVOLVIMENTO
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: BOA VISTA - RO. AIMA DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

JUSCILINO KUBITSCHKE PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE
ASSINATURA DO EMISSOR

92485240616
RR207968020

DETTRAN RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETAN - RR		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO		DENATRAN		
VIA	01	CÓD. RENAVAM	0085317546	PLACA	RRNHC	EXERCÍCIO	2017	NOVA	NERISON DOS SANTOS SILVA	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradorralider.com.br										
002.443.292-06	OPÇÃO	MA13894	PLACA	002.443.292-06	OPÇÃO	2017	DATA EMISSÃO	17/10/2017		
PLACA ANTIGA	ESPECIE TIPO	CHASSI	COMBUSTIVEL	002M34005R010095	PLACA ANTIGA	002.443.292-06	PLACA	MA13894		
PAS/MOTOCICLETA/MAO APLÍC.	MARCA/MODELO	CHASSI	CATEGORIA	HONDA / XR 250 TORNADO	MARCA/MODELO	0085317546	CHASSI	HONDA / XR 250 TORNADO		
CAPTO/OC	CATEGORIA	COR FREDOMINANTE	CATEGORIA	2P / 0249CC /	COR FREDOMINANTE	2005	CATEGORIA	902M34005R010095		
1 - ISENTO	VEND. COTA UNICA	1º VEND. COTA UNICA	VEND. COTA UNICA	1 - ISENTO	VEND. COTA UNICA	2005	VEND. COTA UNICA	902M34005R010095		
P	PARCELA PVA	2º VEND. COTA UNICA	VEND. COTA UNICA	V	3º VEND. COTA UNICA	COTA DE PAGAMENTO	4º VEND. COTA UNICA	VEND. COTA UNICA		
V	PARCELA PVA	06/01/2017	VEND. COTA UNICA	A	06/01/2017	PRÉMIO TARIFFARIO	06/01/2017	VEND. COTA UNICA		
PRÉMIO TARIFFARIO (R\$)		R\$ 10,7	PREMIOS (R\$)	R\$ 185,3	PNS (R\$)	R\$ 81,29	DEBENAN (R\$)	R\$ 90,03	CUSTO DO SEGURO (R\$)	R\$ 90,33
PARCELA PVA (R\$)		R\$ 10,7	CUSTO DO BILHETE (R\$)	R\$ 44,15	FNS (R\$)	R\$ 44,15	DEBENAN (R\$)	R\$ 60,00	CUSTO DO SEGURO (R\$)	R\$ 105,33
OBSERVAÇÕES		SEN. DE SEGURO: PE. RONALDO	DATA	Antônio Pecoraro, Engenheiro Mecânico	DATA	06/01/2017	DATA	06/01/2017	DATA	06/01/2017
CONTRAN		DATA	17/10/2017	SEGURADORA LÍDER - DPVAT		DATA	17/10/2017	CNPJ: 0026600001-04		045746677003
DATA VISTA-RR		DATA	17/10/2017	CONTRAN		DATA	17/10/2017	CNPJ: 0026600001-04		045746677003

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:	Flávia Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônoma
IDENTIDADE:	314-807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua. Antônio Pithiere Galvão, N° 1832, Buritis

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
33886-56556561468
Reconhecido por VERDADEIRA a(s) firma(s)
"Werson dos Santos Silva"

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Antônio Teixeira, 4597 - Asa Branca - Boa Vista/RR
Fone: (65) 3627-4195
2oficioboavista@cartorioaquinocom.br

Em testemunha da verdadeira EDIL
do que consta. Boa Vista/RR, 23 de julho de 2018.
Consulta(s) selo(s) abaixo em cidadão.portaldehom.com.br
REC/FIR166296VOZTS21CJ8A7SN66 /

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

33.886
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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/04/2018

Titular do CPF: NERISON DOS SANTOS SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NERISON DOS SANTOS SILVA

LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA