

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/09/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 9.450,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANAUAN ARAUJO DE SOUSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05780-0

CONTA: 000000005511-5

Nr. da Autenticação 1F7449F1A654D742



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2014

Carta nº: 4691438

A/C: ANAUAN ARAUJO DE SOUSA

Sinistro: 2014549907
Vitima: ANAUAN ARAUJO DE SOUSA
Data Acidente: 13/12/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **12/07/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **13/12/2013**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Investprev Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2014

Carta nº: 5246355

A/C: ANAUAN ARAUJO DE SOUSA

Sinistro: 2014549907
Vítima: ANAUAN ARAUJO DE SOUSA
Data Acidente: 13/12/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANAUAN ARAUJO DE SOUSA

Valor: R\$ 9.450,00

Banco: 001

Agência: 000005780-0

Conta: 000005511-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	9.450,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau completo 100%

% Invalidez Permanente DPVAT: (100% de 70%) 70,00%

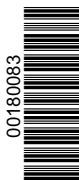
Valor a indenizar: 70,00% x 13.500,00 =	R\$	9.450,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2014

Carta nº: 5246356

A/C: ANAUAN ARAUJO DE SOUSA

Sinistro: 2014549907
Vítima: ANAUAN ARAUJO DE SOUSA
Data Acidente: 13/12/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANAUAN ARAUJO DE SOUSA

Valor: R\$ 9.450,00

Banco: 001

Agência: 000005780-0

Conta: 000005511-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	9.450,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau completo 100%

% Invalidez Permanente DPVAT: (100% de 70%) 70,00%

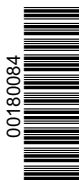
Valor a indenizar: 70,00% x 13.500,00 =	R\$	9.450,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **2014549907 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **ANAUAN ARAUJO DE SOUSA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA 05 nº 444 - JARDIM TROPICAL - BOA VISTA/RR**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3151629 - SSP**
Data local do exame: **12/09/2014 BOA VISTA/RR**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA EXPOSTA DO UMERU PROXIMAL COM PERDA EXTENSA DE PARTES MOLES + LESAO DO PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

**TRATADO CIRURGICAMENTE COM OSTEOSINTESE DO UMERU ESQUERDO
ALTA MEDICA DEFINITIVA**

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

AUSENCIA DOS MOVIMENTOS DO MSE, HIPOTROFIA MUSCULAR SEVERA

IV. Segundo o previsto no inciso II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

MSE

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☒ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

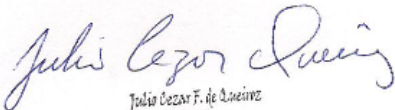
☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

RR - BOA VISTA, 12/09/2014

Médico Perito: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ CRM: 2678/AM


Julio Cesar F. de Queiroz
Médico
CRM 2678-AM

Assinatura do perito Examinador - CRM



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Amawan Araújo de Sousa
portador da carteira de identidade nº 3151629 e inscrito
no CPF/MF sob o nº 013797752121 domiciliado na
Rua: 05
Nº 444, Bairro: Jardim Tropical Cidade
Boa Vista, Estado Paraná CEP 81110-000

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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

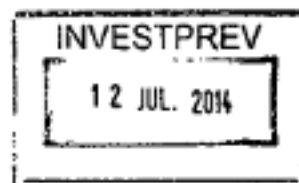
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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 desse perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Boa Vista - PR - 22 de junho - 2014

Amawan Araújo de Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação





Protocolo
2014-3789.84

Data
12/07/2014

Nome do beneficiário
ANAUAN ARAUJO DE SOUSA

Processo
2014/549907

Vítima
ANAUAN ARAUJO DE SOUSA

Endereço do beneficiário
RUA 05 N° 444 - JARDIM TROPICAL - BOA VISTA - RR
CEP:

Descrição

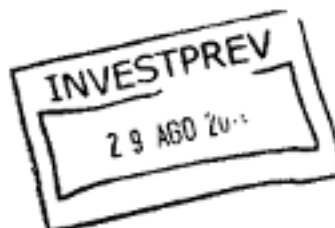
Pendência(s)

- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA -

Nome do responsável

Telefone

Filial Santa Catarina



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Amuram Araújo de Sousa
 (PORTADOR(A) DO RG Nº 3151629 EXPEDIDO POR Detran/RR EM 15/01/14 E
 CPF 0037977352-2 CNPJ _____ PROFISSÃO autônomo
 E RENDA MENSAL DE R\$ 724,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Amuram Araújo de Sousa AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

TU04039

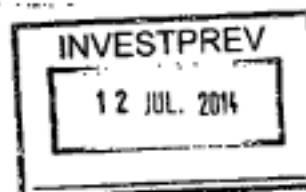


Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:



1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);



2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

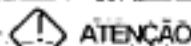
3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO 001 AGÊNCIA 5880-0 (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-CORRENTE 5.611-5
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 - AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 - AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 - AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 - AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Boa Vista/RR DATA 02/06/2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Amuram Araújo de Sousa



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradoraanso.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
22/04/2014 AUTO-ATENDIMENTO 11.43.09
025072225 2 0000

SALDO DE CONTA CORRENTE
PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE: ANAUAN ARAUJO DE SOUSA
AGENCIA: 5782-0 5.511-5

SALDO		19,08C
	DISPONIVEL	19,08C
JURDS	0,00 IOF	0,00

===== BOMPRATODOS =====

CREDITO BOMPRATODOS*	3.824,01C
----------------------	-----------

Linhas de Credito	Credito BOMPRATODOS*
Renove seu Credito	
BB Renovacao Consignacao**	3.824,01

*VALORES DE REFERENCIA. Sujeitos a confirmacao
no momento da contratacao.
**Disponivel apos confirmacao da margem.

O SEU CARTAO JA ESTA DISPONIVEL EM SUA AGENCIA.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.

INVESTPREV

12 JUL. 2014



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83112476

Comunicação: C1613177

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1971935 - ROBERTO CAMINHA CAVALCANTE FILHO Data/Hora do Acidente (hora local): 13/12/2013 18:00 BR: 174 KM: 498,9
Município/UF: BOA VISTA/RR Tipo de Acidente: Queda de motocicleta / bicicleta / Sentido da Via: Crescente
Fase do dia: Plena noite Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Ofuscamento
Sinalização existente: Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Céu Claro
Houve danos ao patrimônio da União? Não Data e horário da solicitação:
Houve solicitação de perícia? Não Data e horário do
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Urbano Tipo de Localidade: Não edificada
Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Não Largura (m): 2
Possui defesa? Não existe Possui meio-fio? Conservado(o) Possui sarjeta? Não existe
Existe canteiro central? Sim Estado de Conservação: Bom Largura (m): 2 Tipo de inclinação: Plano
Obstáculo ao Cruzamento: Não existe Estado de Conservação do Obstáculo:
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Via Lateral
Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Simples Qtd. de Faixas: 1
Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em nível Traçado: Reta Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não
Superlargura: Não Largura da Pista (m): 7 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



INVESTPREV

12 JUL. 2014

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 17/01/2014 12:17:18
NÚMERO DE CONTROLE: 4ee6cf00181bc80d

CONFERIDO NO
SITE DA PRF



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83112476
Comunicação: C1613177
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CROQUI

Local Desfeito

LEGENDA:

- Automóvel
- Veículo Trator
- Pedestre
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Ônibus
- Animal
- Capotagem
- Caminhão
- Tombamento
- Incêndio
- Local da colisão
- Marcha à ré
- Placa de Trânsito
- Trem
- Conjugado
- Objeto Fixo
- Ponto A'
- Ponto A
- Antes da Colisão
- Marca de Frenagem
- Veículo Ausente
- Reboque/Semi-reboque
- Triângulo de Amarração
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Marcha à frente
- Patinação ou Derrapagem
- Depois da Colisão

MUCAIA BOA VISTA

Latitude do Ponto C: _____ Longitude do Ponto C: _____

Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____

Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

Em Boa Vista, por volta das 18:00, segundo testemunhas um veículo de cor preta colidiu com uma motocicleta causando a queda do condutor na BR 174 km 488 não se sabendo precisar qual veículo nem placa que colidiu. A vítima teve lesões graves e foi encaminhada pelo SAMU ao HGR.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: NAT-5815 Sequencial: V1 Descrição: _____ Chassi: 9C2H802107R046408 Renavam: 0091678449

Marca/Modelo: HONDA/POP100 Cor: PRETA Ano: 2007 Tipo: Motocicletas Emplacamento: BOA VISTA/RR

Ocupantes: 1 Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Proprietário: LINDOMAR MARINHO DE SOUSA CPF/CNPJ: 382.408.662-04

Endereço: RUA J - NUM. 169 CEP: _____

Município/UF: BOA VISTA/RR Telefones: _____

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: _____ Placa U2: _____ Placa U3: _____ Placa U4: _____

Origem: BOA VISTA/RR - BRASIL Destino: BOA VISTA/RR - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não

Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não

Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento: _____

DADOS DA CARGA

Carregamento: _____ Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: _____ Modo: Real-RS

Valor Total da Carga: _____ R\$0,00 Produto Perigoso: _____

Descrição da Carga: _____

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: _____ Data/Hora da Recepção (hora local): _____ Motivo: _____

Responsável pela Recepção: _____

Documento do Responsável: _____

Município/UF: _____ Descrição do Encaminhamento: _____

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 17/01/2014 12:17:18

NÚMERO DE CONTROLE: 4ee6cf00181bc80d

CONFERIDO NO
SITE DA PRF



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83112476
Comunicação: C1613177
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

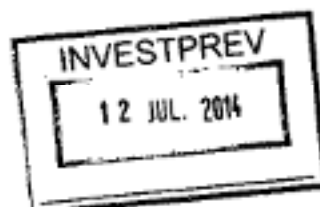
CONDIÇÕES DO VEÍCULO

Veículo: VINAT-5815
Nome/Apelido: ANAUAN ARAUJO DE SOUSA
Data de Nascimento: 21/03/1991 Sexo: Masculino Estado Civil: Solteiro
Nome do Pai: ELIAS JOSE DE ARAUJO
Nome da Mãe: NARCISAA MARIA DE SOUSA
Endereço: JARDIM OLIMPO CEP: 00.000-000
Município/UF: BOA VISTA/RR Telefones: 91411188 Grau de Instrução: Não informado
Naturalidade: SANTO ANTONIO DOS Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: MILITAR DO EXERCITO
CPF: 013.797.752-21 Documento de Identificação: 3151629 Órgão Expedidor: SSP PI
Origem: BOA VISTA/RR - BRASIL Destino: BOA VISTA/RR - BRASIL
Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AB Registro CNH: 04875336125/RR Primeira Habilitação: 04/02/2010
Validade CNH: 01/02/2011 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado
Pertences:
Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF: Motivo:
Descrição do



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 17/01/2014 12:17:18
NÚMERO DE CONTROLE: 4ee6cd00181bc80d



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V1 / HONDA/POP100 Placa: NAT-5815
Nome do Agente/Assinatura: ROBERTO CAMINHA CAVALCANTE FILHO N° BOAT: 83112476
Registro/Matrícula do Agente: 1971935 Data: 13/12/2013 18:00

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	SIM	NÃO	NA
1	Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2		X	
3	Amortecedor(es) tras. (inclusive fixação no chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2		X	
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	1		X	
10	Bagageiro, traseiro deformado (se houver)	1	X		
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1	X		
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2		X	
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2		X	
Descrição- Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	3	X		
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3		X	
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3	X		
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	

Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA":

10

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☐ Dano de Pequena Montia: até 10 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.
- ☒ Dano de Média Montia: acima de 10 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- ☐ Dano de Grande Montia: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independente do somatório de pontos.

Observações:

Devido a pouca luminosidade do local as fotos ficaram bastante escuras mesmo direcionando luz do lanterna ao veículo.

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO
Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou Não Existente

NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

**CONFERIDO NO
SITE DA PRF**

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 17/01/2014 12:17:18
NÚMERO DE CONTROLE: 4ee6cf00181bc80d



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V1 / HONDA/POP100

Placa: NAT-5815

Nome do Agente/Assinatura: ROBERTO CAMINHA CAVALCANTE FILHO

Nº BOAT: 83112476

Registro/Matricula do Agente: 1971935

Data: 13/12/2013 18:00



Frete



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 17/01/2014 12:17:18

NÚMERO DE CONTROLE: 4ee6cd00181bc80d

DNF

3171

INVESTPREV

12 JUL. 2014

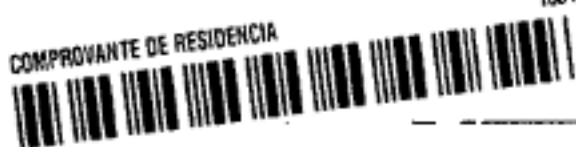
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu ANAUAN ARAUJO DE SOUSA

CNH N°: 04875336125, Data de expedição 04/02/2010 Órgão DETRAN/RR, CPF n°: 013.797.752-21 venho perante a este instrumento declarar que não possui comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

1004040

COMPROVANTE DE RESIDENCIA



Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	05
Número	444
Apto / Complemento	
Bairro	JARDIM TROPICAL
Cidade	BOA VISTA
Estado	RORAIMA
CEP	
Telefone de Contato	95-9117-5392
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

BOA VISTA/RR 02/06/2014

Assinatura do Declarante:

Anauan Araujo de Sousa

Eletrobras Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ezequiel, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 07.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.002-9
Mód. Fiscal e Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Registra especial de Imposto sobre Serviços (ISS) nº 12.433.000-1

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

122210-4

NP da Nota Fiscal: 000073194

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSE é concedida
pela Lei nº 10.433 de 24 de abril de 2003.

PERÍODO DE FATURAMENTO: MARÇO/2014
VENCIMENTO: 01/04/2014
CONSUMO (KWh): 212
TOTAL A PAGAR (R\$): 75,06

ANAUAN ARAUJO DE SOUSA
R. 05 444 JARDIM TROPICAL
CPF: 000013775221
CEP: 69.300-00 - BOA VISTA

ROT: 31.001.27.19.548000

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 6062	Atual: 24/03/2014
Anterior: 5850	Anterior: 21/02/2014
Constante de Multiplicação: 1,000	Próxima Leitura: 24/04/2014
Consumo Medido: 212	Então: 24/03/2014
Consumo Faturado: 212	Anterior: 24/03/2014

Forma de Pagamento: NORMAL
Faturamento: Faturamento
Data de Causação: 31

RESIDENCIAL
Código Substituição: BI
Número Medidor: E2832852
Código Pac: 1.1.1.2
Medida 12 meses: 189

SISTEMA DE CÔNDA	DESCRIÇÃO DA CÔNDA
Mês/Valor Consumo	
FEV/14 184	CONSUMO 212 A R\$ 0,386379 = 64,95
JAN/14 86	ILUMINACAO PUBLICA 10,11
DEZ/13 58	
NOV/13 0	
OUT/13 0	
SET/13 0	
AGO/13 0	
JUL/13 0	
JUN/13 0	
MAT/13 0	
TOTAL SEM TRIBUTOS	
A R\$ 212 = 8,24520	

MESSAGENS IMPORTANTES / AVALIO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora multa a superior do fornecimento da
02/2014 67,00 energia elétrica a partir de 02/04/2014, na função das contas
revisadas nesta fatura, o seu consumo poderá sofrer alterações a partir de maio do consumidor no SEDE. Informamos
que a partir de maio o consumidor deverá ser responsável por
a fatura de energia elétrica a partir de maio.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO E133.1192.F077.2783.B7EB.0784.344F.6525

COMPOSIÇÃO DA CÔNDA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 24,13	Serviço Elétrico: 64,95
Energia: 24,86	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 11,04
Encargos: 3,51	Valor do IPTU: 0,25
Tributos: 12,45	Valor do CONTRIB: 1,16

INDICADORES DE CONFIABILIDADE

	DEC	DEC	DEC	DEC	DEC	DEC	DEC	DEC
	Medida	Medida	Medida	Medida	Medida	Medida	Medida	Medida
Unidade	6,03	12,06	24,12	4,35	8,71	17,42	3,54	
Resíduo	0,00			0,00			0,00	
Código	DISTRITO							

ROT: 31.001.27.19.548000

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ezequiel, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 07.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.002-9

SEU CÓDIGO

122210-4

MÊS FATURADO

03/2014

NP da Nota Fiscal: 000073194

TOTAL A PAGAR - R\$

75,06

VENCIMENTO

01/04/2014

ECAN

836900000000 8-75060075000 4 00000000122 2 21040314008 5



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

Nalgua
VLE
pré-histórico



1300204207		13/12/2013 19:01:13		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-07		6	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Prontuário	
ANALIAN ARAUJO DE SOUSA		21/03/1991		22 A 8 M 23 D				01379775221		80972	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE								M		SOLTEIRO(A)	
Mãe		Data Emissão		Sexo		Estado Civil		Raça/Cor		Naturalidade	
NARCISAA MARIA DE SOUZA								PARDA		BOA VISTA	
Endereço		Pai		Contatos						Renan	
RUA - MARIA DO CARMO NATALIA - 98 - CENTENARIO - BOA VISTA - RR				9139-2766							
Class. de Risco		Plano Convênio		N da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Carate do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA									
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.						Registrado por:	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL								JURANDIR	
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem				GSC		TOTAL					
				DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		10040			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)											
Exame Físico											
Hipótese Diagnóstica											
SADT - Exames Complementares											
<input checked="" type="checkbox"/> RAO-X		<input type="checkbox"/> ULTRA-SON		<input type="checkbox"/> TC		<input type="checkbox"/> SANGUE		<input type="checkbox"/> URINA		<input type="checkbox"/> ECG	
										<input type="checkbox"/> OUTROS: _____	
Prescrição		Aprazamento		Observação							
Ceftriaxona 1g IV 19:20											
Paracetamol 1g IV 19:20											
Moxifloxacina 400mg IV 19:20											
Conduta											
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica		<input type="checkbox"/> Alta a Pedido		<input type="checkbox"/> Alta a Revelia		<input type="checkbox"/> Transferência para:		<input type="checkbox"/> Ambulatório		<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)	
								<input type="checkbox"/> Internação		Data e Hora da Saída/Alta: 1/1	
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											

INVESTPREV
12 JUL. 2014

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
Nova Boa Vista - RR - 69200-000
Fone: (16) 3421-0636

17 JAN 2014

Certidão de Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital

13. 12. 13 In Vascular.

Vítima de acidente motociclístico há 12 horas a fratura exposta em MS(3).

Ao exame: Pulso radial ③ palpado, com
 triângulo, digos ligando ao doppler,
 femoralidade e motricidade presentes.

CD: sem proposta TIO e Cir. Vascular
Suporte Clínico / Ortopedia
e diagnóstico

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
66060-000 - Boa Vista, PA - 2121-0836

17 JAN 2014

Cópia é Fiel Reprodução do Original
do foi Apresentado neste Hospital

Márcio Macêdo
Angiologia e C. Vasculs
CRM-FR 1565

অতঃপরঃ

PRONTO INCLUIDO PELOS BANDEIRAS, VIZINHO DO
 PRONTO AUTOMOBILISTICO NOVA CARRO.
 LOTE, REG ADJUDICATÓRIA LOTA EXTENSA EM
 NÚMERO SUPERIOR ②. CESSAR AMPARADO PRESENTANDO
 MESMO ASSO APRENS POR PARTES NOVAS ~~de~~ de
 REGIÃO MEDIO. FLORES EXPOSTA GUSTAVO [C]
 NO UNICO, COM NOTORIVAMENTE EXTENSO
 NOTORIVIDADE DE TODA INSULHADA DO
 BRASCO ③. INTERPRETADA PARA
 NOVOBOM MECANICO CUNHA
 PENALIDADE DE SEVERIDADE DO MESMO
 SM.100 A114 + CUNHA

Dr. Alberto Ferreira de Souza
Médico Cirurgião Transplantologista
CRM/RJ 1617
Título Especialista 12602

LAUDO MÉDICO

NOME: Arnanom Arnanom de Sousa IDADE: 20a.

RG: _____ CPF: 013.797.752-21

RELATO: Paciente, Vítima de acidente de trânsito. _____, DIA: 13 / 12 / 2013

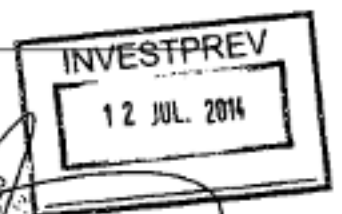
ÀS: 19:01 Horas, deu entrada da unidade de emergência: Pronto Socorro - HGR

Apresentando: Lesão Traumatismo
exposta de braço
e antebraço esquerdo.
Lesão cominuta,
com exposição óssea,

Evolução: Tendão m. coracobraquial
e vascular. Fixação cirúrgica
ortopédica e acomp. esp.
cirúrgica vascular.

Exame físico atual: Quebra de pele na / Perforação
de braço esquerdo, comp.
Lesão de pulso braquial
exposta. Músculo e
vasculatura rotacionada.

Conclusão: Lesão Traumatismo
de antebraço e braço
destruição permanente.



BOA VISTA - RR

07.02.14

DR. ALEXIA BESSA
MÉDICO CRM-1265/RR

<input checked="" type="checkbox"/> SLB Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
---	---------------------	---

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - COD. REG. MUNICIPAL	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		15 - UF	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		16 - CEP	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
Paciente com <u>temperatura elevada em MS</u> <u>com alteração hemodinâmica ao nível do</u> <u>trato superior. Exatidão positiva do</u> <u>exame físico</u>	

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AS OCORRÊNCIAS

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	INVESTPREV 12 JUL. 2014
Exame físico + RX	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	21 - CID 10 PRINCIPAL
Exatidão positiva	<input type="text"/>

PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

REENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - ACIDENTE DE TRABALHO	34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNES DA EMPRESA
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
41 - CSOR	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
45 - DOCUMENTO	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
 17 JAN 2014
 Certifica-se a Fiel Reprodução do Original
 que foi Apresentado neste Hospital



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 12.13 O.S. 04

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
Nova Olímpia, Tel. 2121.0635

17 JAN 2014

Certifico...
Cópia é Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado ao Hospital

Ass: [Assinatura]

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRACTURA EXPOSTA DO UMBILICO @

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: FRACTURA EXPOSTA DO UMBILICO @

CIRURGIÃO: DR ALBERTO

1º AUXILIAR: DR CARLOS

2º AUXILIAR: DR FABIO

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: DR JULIANO

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____

DURAÇÃO: 12 JUL. 2014

INVESTPREV

12 JUL. 2014

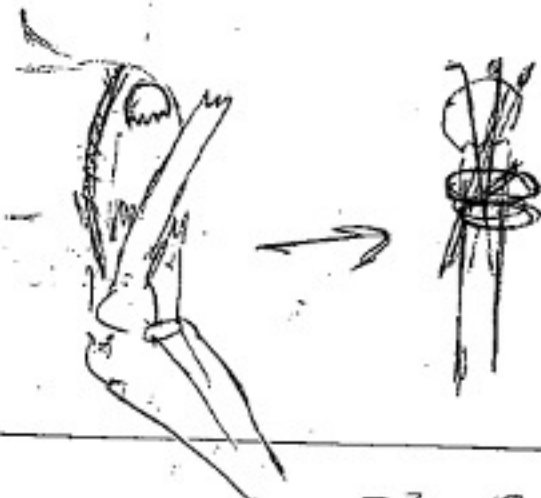
RELATÓRIO CIRURGICO

LAVAGEM MECÂNICA CIRURGICA + FIXAÇÃO OSSA

- ① Paciente em posição dorsal sob anestesia
- ② Pré-operatório + antissépsia + colocação de campos estéreis.
- ③ INVENTÁRIO DA LESÃO. EXTENSA LESÃO DE PARTES MOLES NO BRAÇO ESQUERDO. DESINSERÇÃO DE TODA MUSCULATURA (BÍCEPS, DELTOIDE, BRACIAL TODOS SOLTOS) DESMONTAMENTO TOTAL DO UMBILICO.
- ④ BÍCEPS DESVITALIZADO, NECROTIZADO, SEM CONTORNO, COM COLOREÇÃO ESCURA, COM CONSISTÊNCIA VIM SEM ASSIM FOI REALIZADA SUA RETIRADA
- ⑤ PORÇÃO DISTAL DO DELTOIDE TAMBM DESVITALIZADO

Dr. Alberto Ferraz de S.
Médico Cirurgião Especialista
CRM 1017
Título Especialista 1265

SOMOS NECESSÁRIO SÓO EM UM LADO
 2) RESZINOSA FIXADA DO PRATO COM 3 FIO
 DO KIRSCHNER + FIO DE OCO + FIO DE FIO
 4,5 mm



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
 Novo Píquete - Tel. 2121-0636

17 JAN 2014

Certifica-se que a
 Cópia é Fiel Reprodução do Original
 que foi Apresentado neste Hospital

Ass.

4) SUTURA POR RANOS
 8) UVESTIVO + TALA AXILAR PALMAR

Dr. Alberto Ferreira de Souza
 Médico Ortopedista Traumatologista
 CRM-RR 1647
 Título Hospitalista 12603



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amor à Pátria, respeito aos direitos"

FICHA DE ANESTESIA

Adnan de Souza, 22a 13/12/14

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

21

22

23

24

01

AGENTES

N 28

02

56 J0

LÍQUIDOS
VENOSOS

C A S

7 16

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

8L

1000

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

15

30

45

15

30

45



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		Id. 22 a	APTº OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Amorim Araújo de Sousa					13/12/2013
CIRURGIA					
TIPO				TEMPO DE DURAÇÃO	
Tratamento Cirúrgico de Fratura Exposta de Ombro (E)				INÍCIO	FIM
				14:30	15:20
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA			
Dr. Alberto		Dr. Juliana			
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
R. Carlos					
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
R. Fábio					
TIPO DE ANESTESIA		TEMPO DE DURAÇÃO			
Geral		1h 50min / 1h 50min / 1h 50min / 1h 50min			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATGUT SIMPLES Nº			HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATGUT SIMPLES Nº		0000	FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc 500 ml	
	CATGUT SIMPLES Nº		10	FRASCO SORO Ringer Lactado 800ml	
	CATGUT Vinyler 4.0.			FRASCO SORO GLICOSADO %cc	
	CATGUT CROMADO Nº			FRASCO SORO GLICOSA %cc	
	CATGUT CROMADO Nº			XILOCAÍNA %cc	
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			FLAXEDIL	
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO		2	FLUOTHANE Elixir	
	FIOS DE SEDA Nº		1	PENTRANE TET Nº	
	FIOS DE ALGODÃO Nº		± 200ml	ENTRAME Alca 90%	
	MONONYLON COM AGULHA 2.0.		± 50ml	ETER- PVPJ disponível 1	
	MONONYLON SEM AGULHA		± 100ml	ATROPINA Cloridrato	
	UNIDADES DE GAZE			PROSTGMIN	
	PARES DE LUVAS Nº 7,5,8			THIONEMBUTA	
	EQUIPOS PARA SORO novo			MARCAÍNA	
	ROLOS DE ESPARADRAPO		20	INORAL Sings 5 ml / 10 ml / 20 ml	
	DRENOS Nº			GLICOSE %	
	SONDAS lincal Nº 14		10	ÁGUA OXIGENADA eletrólitos	
	AGULHAS			MERTHIOLATE	
	COMPRESSAS c/ 03 unids			MERCÚRIO CROMO	
	LÂMINAS PARA BISTURI 23/23/35		10 ml	XILOCAÍNA gel	
	hóla coladora		20 ml	luva de procedimento	
	mascara bucal de poder		7	Exova	
SOMA				SOMA	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR(A)		ENFERMEIRA CHEFE		VALOR	
		Jaqueline			
FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS		FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO		MATERIAL MEDICAMENTOS	
				SUB-TOTAL	
				TAXA DE SALA	
				TAXA DE ANESTESIA	
				SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE					

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Prescrição Médica Diária

Leito: 120-6

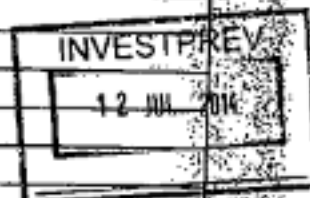
Paciente: Anderson de Souza

Médicos Responsáveis: _____

HD: _____

Data: 21/12/13

Item	Prescrição	Horário
01	DIETA ORAL LIVRE	SND
02	SCALP SALINIZADO	mat
03	TILATIL 20MG EV 12/12H	12h
04	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H	8h
05	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H	6h
06	PLASIL 1 AMP EV 8/8H	8h
07	OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA	8h
08	TRAMAL 100MG +SF 0,9% 100ML EV 8/8 (S/N)	8h
09	CAPTOPRIL 25MG 1 COMP VO se PA>160X100MHG	8h
10	CURATIVO DIÁRIO	8h
11	CCGG +SSVV 6/6 H	8h
	<u>Amoxicilina 1g ev 12/12h</u>	<u>12h</u>
	<u>Alto med</u>	
	<u>perdo de p</u>	
	<u>seja si</u>	
	<u>Logo</u>	
	<u>11 outubro de 2013</u>	



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
Novo Brasil - Tel. 2121-0635

17 JAN 2014

Certifico que a cópia presente
é fiel reprodução do Original
que foi Apresentado no Hospital.

Ass.: [Signature]

SINAIS VITAIS

Horário	T	F	R	PA
12	Deficit de pna e sinais			
18				

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Prescrição Médica Diária

Leito: 120-6

Paciente: ANDRAN DE SOUZA

Médicos Responsáveis:

HD:

Data: 28/12/13

Item	Prescrição	Horário
01	DIETA ORAL LIVRE	S.N.D
02	SCALP SALINIZADO	manhã
03	TILATIL 20MG EV 12/12H	12h
04	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H	8h
05	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H	6h
06	PLASIL 1 AMP EV 8/8H	8h
07	OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA	6h
08	TRAMAL 100MG +SF 0,9% 100ML EV 8/8 (S/N)	8h
09	CAPTOPRIL 25MG 1 COMP VO se PA>160X100MHG	8h
10	CURATIVO DIÁRIO	8h
11	CCGG +SSV 6/6 H	8h
12	1m COMBICINA 1g @ 12/12H	(12h) 12h

Roberto Pereira de Lima
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 1553

SINAIS VITAIS

Horário	T	F	PA
8h			
12h			
16h			
20h			

Clínica Geral de Natação
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
Jardim Paraisópolis, Tel. 2121-0836

17 JAN 2014

Cópia é Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado ao Hospital

INVESTPREV

12 JUL 2014

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Prescrição Médica Diária

Leito: 120-6

Paciente: Mauro de Souza

Médicos Responsáveis: Dr. Alberto

HD: Fração Exporto de Umeu

Data: 2 + 12 / 13

Item	Prescrição	Horário
01	DIETA ORAL LIVRE	
02	SCALP SALINIZADO 5F99:1000L @ 24h	SV
03	TILATIL 20MG EV 12/12H	12
04	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H	10
05	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H	10
06	PLASIL 1 AMP EV 8/8H	10
07	OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA	14
08	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 (S/N)	06
09	CAPTOPRIL 25MG 1 COMP VO se PA > 160X100MHG	SV
10	CURATIVO DIÁRIO	
11	CCGG + SSVV 6/6 H	M
12	Vonarsum 1g @ 12/14	Relis
<p>Plt a fte. Hemocultivo</p> <p>Alimentação: dieta líquida</p> <p>Agua: melhora a sede</p>		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
Novo Pioneiro - Tel. 2121-0635

17 JAN 2014

Certifico e declaro que o presente
Cópia é Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital.

Ass: Alberto

SINAIS VITAIS

Horário	T	F	K	PA
12h				
22:00				
00:00				

Grave enfermagem
Deficit de funcionamento

INVESTPREV

12 JUL 2014

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Prescrição Médica Diária

Leito: 120-6

Paciente: Ananias D de Souza

Médicos Responsáveis: Dr. Alberto

HD: Frotam Externa de Vomer

Data: 26/12/13

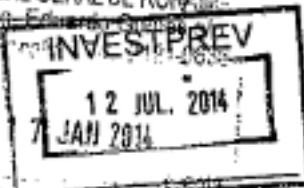
Item	Prescrição	Horário
01	DIETA ORAL LIVRE	S/N
02	SCALP SALINIZADO 5F994/1000L @ 24h	12 (24)
03	TILATIL 20MG EV 12/12H	12 (24)
04	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H	12 (24)
05	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H	12 (24)
06	PLASIL 1 AMP EV 8/8H	12 (24)
07	OMEPRAZOL 20MG EV 1X DIA	06
08	TRAMAL 100MG +SF 0,9% 100ML EV 8/8 (S/N)	12 (24)
09	CAPTOPRIL 25MG 1 COMP VO se PA>160X100MHG	12 (24)
10	CURATIVO DIÁRIO	12 (24)
11	CCGG +SSVV 6/6 H	12 (24)
12	Amoxiclav 400/60 @ 12/12h	12 (24)
13	Vanco 1g @ 12/12h	12 (24)

pit. cl. est. de Alameda
geral de trauma
Morte por trauma
Cirurgia ortopédica
11 pontos de sutura

SINAIS VITAIS

Horário	T	F	R	PA
12:00	Déficit			
13:00	Grave enfermagem			
06:00	Grave			

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brasil, 1.000 - Boa Vista - Roraima
Novo Gama - Roraima



Cópia é Fiel e Correta do Original
que foi Apresentado neste Hospital

Assinatura: [Assinatura]

F. 100/11.11.11

F. 100/11.11.11

Médico R.

H.O.

Data: 24.12.13

RAU.ATO 120-6

120-6

Mauro A. Souza

SF99.1000100

sup

Ciprofloxan 400 3x12

pydo operto 7 aperto
de quimico, clinico
ceruier sobgundito e cerudoto.
Morte

ab. Pac. Quisca - re que parece mal com
a Cipro. Tec. Denise.

Trocado aceso às 16:00.

INVESTPREV

12 JUL 2014

SINAI VITAIS

Horário PA

Deficit de Funcionarios

Deficit de Funcionarios

Deficit de Funcionarios

Hospital Geral de Curitiba
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
Novo Prata, Tel. 3171-4636

17 JAN 2014

Certidão
Cópia é Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado ao Hospital

Assinatura

Prescrição Médica Diária

Leito: 120/6

Paciente: Araceli A. de Saez

Médicos Responsáveis: _____

HD: _____

Data: 92, 112, 113.

INVESTPREV
12 JUL. 2014

Realizado curativo em MSE. Observado pequena necrose em pele perilesional.

HOSPITAL GERAL DE RUBIÃO
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
Nova Pimenta - Tel. 212-0636

17 JAN 2014

Cópia é Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital.

Prescrição Médica
Ortopedia e Traumatologia

Nome: ANAMAR A. DE SOUSA

Leito: 120-6 Data: 21, 12, 13.

MEDICAÇÃO	HORÁRIO
1) Dieta oral livre	nutrição
2) Acesso venoso	manhã
3) Cefalotina 1g 1amp ev 6/6h	15 18 24 06 peito
4) Tilatil 20mg 1amp ev 12/12h <i>susp</i>	14 22 06
5) Ranitidina 50mg 1amp ev 8/8h	14 22 06
6) Plasil 10mg 1amp ev 8/8h <i>8/12</i>	14 22 06
7) Dipirona 500mg 1 amp ev 6/6h	14 22 06
8) Tramadol 100mg + SF 0,9% 100ml ev 8/8h	14 22 06
9) Captopril 25mg 1 cp vo 8/8h se PA > 160x100mmHg	14 22 06
10) Sinais Vitais 6/6h <i>28/12/13 a data e Reposicionar. Pente</i>	14 22 06
11) Curativo diário	matina

Fabio Ferreira de Lima
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR-1453

INVESTPREV
12 JUL 2014

HOSPITAL GERAL DE NOVA
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
Novo Planalto - Tel. 2121-0030

17 JAN 2014

H.D.:

Staff:

Cópia é Fls. Reunião do Original
que foi Apresentado ao Hosp. 155.

Anamun

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Prescrição Médica Diária

Leito: 120-6

Paciente: Anamun P. de Sousa

Médicos Responsáveis: _____

HD: _____

Data: 20/12/13

Item	Prescrição	Horário
01	DIETA ORAL LIVRE	S/N
02	SCALP SALINIZADO	41 ml
03	TILATIL 20MG EV 12/12H <i>sup.</i>	18:24
04	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H	18:24
05	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H	18:24
06	PLASIL 1 AMP EV 8/8H (S/N)	18:24
07	OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA	18:24
08	TRAMAL 100MG +SF 0,9% 100ML EV 8/8 (S/N)	18:24
09	CAPTOPRIL 25MG 1 COMP VO se PA>160X100MHG	18:24
10	CURATIVO DIÁRIO	18:24
11	CCGG +SSVV 6/6 H	18:24

fundos de equine /
perodo, laboratório
com Hb de 12,0 de normal

INVESTPREV

12 JUL. 2014

HOSPITAL GERAL DE NUNES
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
Novo Planalto - Tel. 2121-0635

17 JAN 2014

Certifico e avalio que a presente
Cópia é Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital.

Ass: _____

SINAIS VITAIS

Horário

18:45

deficit funcional

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Prescrição Médica Diária

Leito: 120-6

Paciente: Amann p de Sam

Médicos Responsáveis: _____

HD: _____

Data: 19 / 12 / 17

Item	Prescrição	Horário
01	DIETA ORAL LIVRE	SND
02	SCALP SALINIZADO 500ml 0,9% 1000ml @ 24h	18:00
03	TILATIL 20MG EV 12/12H	10/12/17 Paciente
04	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H	14:00 24h
05	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H	14:00 24h
06	PLASIL 1 AMP EV 8/8H	S/N
07	OMEPRAZOL 20MG EV 1x DIA	06:00
08	TRAMAL 100MG +SF 0,9% 100ML EV 8/8 (S/N)	S/N
09	CAPTOPRIL 25MG 1 COMP VO se PA>160X100MHG	Stress
10	CURATIVO DIÁRIO	n
11	CCGG +SSVV 6/6 H	Rot
12	Orto man 240g @ 12h	+6
13	Metr. malbol 300g @ 8/8	14:00 24h
<p>placido Almeida de entre Alameda Maria Pereira Almeida</p>		

INVESTPREV

12 JUL. 2014

HOSPITAL GERAL DE NOVOA
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
Novo Acre, 71 2121-0633

17 JAN 2014

Certifico: _____
Cópia é Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital
Ass.: _____

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Prescrição Médica Diária

Leito: 920-6

Paciente: Amacion D. de Souza

Médicos Responsáveis: _____

HD: _____

Data: 18/12/14

Item	Prescrição	Horário
01	DIETA ORAL LIVRE	S/N
02	SCALP SALINIZADO 500mg/100ml (2x)	18h 06
03	TILATIL 20MG EV 12/12H (2x)	10h 27
04	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H	14h 27 06
05	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H	12h 27 06
06	PLASIL 1 AMP EV 8/8H (2x)	S/N
07	OMEPRAZOL 20MG EV 1x DIA	06
08	TRAMAL 100MG +SF 0,9% 100ML EV 8/8 (S/N)	7h 51
09	CAPTOPRIL 25MG 1 COMP VO se PA>160X100MHG	51
10	CURATIVO DIÁRIO	20h 11
11	CCGG +SSVV 6/6 H	16h
12	Gentamicina 40mg (2x)	14h 27 06
13	Nitro-moleto 90mg (2x)	
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

INVESTPRE

12 JUL. 2014

HOSPITAL GERAL DE RUMILLOS
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
Novo Pignatelli - Tel. 2121-6636

17 JAN 2014

Certifico que a presente
Cópia é Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado ao Hospital.

[Assinatura]

SINAIS VITAIS

Horário	T	F	FC	PA
12h 36.5	36.5	87		13x11
14h 27	37	87		14x11
16h 27	37	87		14x11
18h 27	37	87		14x11

sem sintomas

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Prescrição Médica Diária

Leito: 120-6

Paciente: Arnaum Moura

Médicos Responsáveis: _____

HD: _____

Data: 17/12/13

Item	Prescrição	Horário
01	DIETA ORAL LIVRE	
02	SCALP SALINIZADO 3 FOLHAS	18h
03	TILATIL 20MG EV 12/12H	18h
04	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H	18h
05	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H	18h
06	PLASIL 1 AMP EV 8/8H	18h
07	OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA	06h
08	TRAMAL 100MG +SF 0,9% 100ML EV 8/8 (S/N)	
09	CAPTOPRIL 25MG 1 COMP VO se PA>160X100MHG	
10	CURATIVO DIÁRIO	
11	CCGG +SSVV 6/6 H	
12	Mito medel 100mg	18h
13	6 atros 24h	18h
14	diurone 40mg	18h
15	Intercomparação de doses	
16	Presente queixa de dor de moderada intensidade na região da articulação	
17	Obs: Não tem Tramal injetável na Farmácia da HGR	
18	Conduta:	
19	Transfusão 2 amp VO de 6/6 horas (horária)	

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes s/nº
Novo Planalto - Tel. 2121-7535

INVESTPREV

12 JUL 2014

17 JAN 2014

Afonso Ribeiro dos Reis
CRM 412-RR
Clínica Médica

Certifico que a presente
Cópia é Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital

Ass.: [Assinatura]

120-6.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Prescrição Médica Diária

Leito: 120-6

Paciente: Anaam Nagy

Médicos Responsáveis: _____

HD: _____

Data: 16/12/13

Item	Prescrição	Horário
01	DIETA ORAL LIVRE	6h
02	SCALP SALINIZADO 5F1000 1000 1L	18h 20-6
03	TILATIL 20MG EV 12/12H	10h 20-6
04	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H	16h 20-6
05	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H	12h 20-6
06	PLASIL 1 AMP EV 8/8H 5u Horário	5h
07	OMEPRAZOL 20MG EV 1X DIA	20h
08	TRAMAL 100MG +SF 0,9% 100ML EV 8/8 (S/N)	5h
09	CAPTOPRIL 25MG 1 COMP VO se PA>160X100MHG	5h
10	CURATIVO DIÁRIO J-4	11h
11	CCGG +SSVV 6/6 H	10h
12	Milho Midazol 500g 0,34L	14h 20-6
13	Gelatina 240g 0,1L	16h
14	desmame de sonda	10h
pct o. lat Hb 9.1, MT 23 end quase normal o 1 dia de repouso e com fervor Hb		

INVESTPREV

12 JUL. 2014

HOSPITAL GERAL DE NURDIA
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
Novo Paraná - Tel: 2121-0635

17 JAN 2014

Certifico que a presente
Cópia é fiel reprodução do Original
que foi Apresentado no Hospital

[Assinatura]

SINAIS VITAIS

Horário	T	F	IR	PA
12:00	36,3	80		110x80
24:00				
06:00				

deficit de funcionamento

UNIDADE/SETOR:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO

NOME DO PACIENTE:

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

INVESTPREV

12 JUL. 2014

DATA/HORA:

PRESCRIÇÃO:

HORÁRIO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

OBSERVAÇÕES:

14/12/13

⑦ Dietm oral LIMS

③ Cetazolin 1g ⑤ P18h

③ Memonidol 400g ⑤ P18h

③ Genamicina 240g ⑤ P18h

③ Thermal 100g ⑤ P18h

③ Difenano 400g ⑤ P18h

③ Plastic 100g ⑤ P18h

③ Cononano 50g ⑤ P18h

③ Unstano 100g ⑤ P18h

③ SV 6/6h

③ NAO MEXER HOJE.

③ ANOTAR

③

③

③

③

③

③

③

③

③

③

③

17 JAN 2014

Certifico que o paciente
foi atendido no dia 17/01/2014
e encontra-se em boas condições
de saúde.

Assinatura do Profissional de Saúde
Responsável
Data: 17/01/2014
Assinatura do Profissional de Saúde
Responsável
Data: 17/01/2014

BLOCO A 120-08

PRESCRIÇÃO MÉDICA
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
HGR

120-6

NOME: Anaíra Araújo

LEITO: _____

DATA: 4/12/13

MEDICAÇÃO	HORARIOS
1) Dieta oral livre	SND.
2) Acesso Venoso	manhã
3) Cefazolina 1g 1 amp ev 8/8h	16 - 24 - 08
4) Tenoxicam 20 mg 1 amp ev 12/12h	12 - 24
5) Omeprazol 40 mg 1 amp ev 1x/dia	06
6) Dipirona 500 mg 1 amp ev 6/6h	12 - 18 - 24 - 06
7) Plasil 10 mg 1 amp ev 8/8h	SOS
8) Tramadol 100 mg + SF 0,9% 100 ml ev 8/8h	AMF (14) 22 - 06
9) Captopril 25 mg 1 cp vo 8/8h se PA > 160 x 90 mmHg	Anaíra
10) Sinais Vitais 6/6h	Amoroso
11) Curativo Diário	16 - 24 - 08
12) Gentamicina 40 mg (ov) 1x/dia	
13) Metronidazol 500 mg (ov) 3x/dia	
<p>Dr. JANA FIORANI Médica Residente Ortopedia e Traumatologia HGR</p>	
<p>o aparelho de PA acabou os pilhas</p>	
<p>HOSPITAL Grati Unilac Av. Brig. Eduardo Gomes s/n NOVO HORIZONTE - RJ 2121-0538</p>	
<p>17 JAN 2014</p>	
<p>Certificação Cópia é Fiel Reprodução do Original que foi Apresentado na Assessoria</p>	

INVESTPREV

12 JUL. 2014

SINAIS VITAIS

STAFF: _____

HD.: _____

Horário	T	F	FC	PA
1800	-	91	-	140/100
24h	-	90	-	134/88
-	-	-	-	-



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

EVOLUÇÃO MÉDICA

ANAMNESIS DO PACIENTE

DATA
HORA

EVOLUÇÃO

15/12/13

120-6

OROFARINGE

FRENTE EXPOSTA AO UNDO
(3) / QUASE IMPERCEPTÍVEL.

Paciente em 356, com alteração
alguma leve.

APRESENTA DEFICIT FUNCIONAL
IMPORTANTE EM MS (3).

Paciente de sensibilidade em arto
no antebraço. Mobilidade com
dificuldade a mão (3).

informa paciente e acompanhante
de a gravidade do caso e
as prováveis sequelas motoras
e neurológicas. Os mesmos
informam estar cientes da
gravidade do caso.

- MANTENHA ANTIBIOTICOTERAPIA

- PROVA CURATIVO

- COLOQUE-SE TODA A NOITE
DORMINDO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
Novo Brasília, Tel. 3121-6638

17 JAN 2014

Cópia é Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital.

15/12/13

Dr. Roberto Ferreira de Souza
Médico Especialista em Neurologia
Trabalha no Hospital Geral de Roraima

INVESTPREV

12 JUL. 2014

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014549907 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANAUAN ARAUJO DE SOUSA **Data do acidente:** 13/12/2013 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014549907 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANAUAN ARAUJO DE SOUSA **Data do acidente:** 13/12/2013 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO UMEROS PROXIMAL COM PERDA EXTENSA DE PARTES MOLES + LESAO DO PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: AUSENCIA DOS MOVIMENTOS DO MSE, HIPOTROFIA MUSCULAR SEVERA

Resultados terapêuticos: TRATADO CIRURGICAMENTE COM OSTEOSINTESE DO UMEROS ESQUERDO
ALTA MEDICA DEFINITIVA

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA TOTAL DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/09/2014

Conduta mantida:

Observações: 100% DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Médico examinador: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ

CRM do médico: 2678

UF do CRM do médico: AM

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau completo - 100%	70 %	R\$ 9.450,00
Total			70 %	R\$ 9.450,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

