

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANE MORENO ALMEIDA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000037196-6

Nr. da Autenticação BDD378B770D82394

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190293329 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANE MORENO ALMEIDA DE SOUZA **Data do acidente:** 15/08/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESMAGAMENTO EM PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: 5,9

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190293329

Vítima: ADRIANE MORENO ALMEIDA DE SOUZA

Data do Acidente: 15/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANE MORENO ALMEIDA DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ADRIANE MORENO ALMEIDA DE SOUZA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000037196-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rosália Gomes da Silva
Aux. Serv. Saúde



1000535686		15/08/2018 15:36:08		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		27	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
ADRIANE MORENO ALMEIDA DE SOUZA		15/08/1992		26 A O M O D		702306037225220		00923554203	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo	
IDENTIDADE		348/5447		SSP-RR				F	
Mãe		Pai		Raça/Cor		Naturalidade		Nacionalidade	
ANA CRISTINA MORENO DE ALMEIDA		ELADIO ALVES DE SOUZA		PARDA		BOA VISTA - RR		BRASILEIRA	
Endereço		Contato		Ocupação		Sis Prenatal			
RUA - COLIBRI - 299 - SAO BENTO - BOA VISTA - RR		(95) 98121-2676		NÃO INFORMADA					
Class. de Risco		Plano Convênio		N° da Carteira		Validade		Autorização	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA							
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:		Peso	
GRANDE TRAUMA		AMBULANCIA (HOSPITAL)				KERON.MADY		Pressão	
Queixa Principal									

Anamnese da Enfermagem		GSC		TOTAL	
		AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6			

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)

Acidente de moto de TCC

Trauma em antebraço (E) + MIB

Hipótese Diagnóstica

SAU - Exames Complementares

() RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS: -

PRESCRIÇÃO

Paracetamol 1000mg (E) 4x4

Morfina 10mg + 3ml (E) 4x4

Cefotaxime 2g (E) 4x4

Clonidine 600mg (E) 4x4

Condição

() Alta por Decisão Médica () Ambulatório () Observação (Até 24h) () Internação () Transferência para: *ANÁLISE ORTOPÉDICA*

óbito

Assinatura do Paciente ou Responsável: *ATT 0,5 (M)*

Carimbo e Assinatura do Médico: *Márcio Freire Médico CRM/RR 1613*

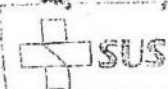
Impresso por: keron.mady
Data Hora: 15/08/2018 15:37:01

24 ABR. 2019

http://10.102.5.252:8888/IS4/IS4/667355E9-D471-4EEC-9B1C-98FA0BD39F7F.html

1/1

24 ABR. 2019



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

KGR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

KGR

Adriane Nogueira Almeida de Souza

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Adriane Nogueira Almeida de Souza

6 - N° DO PRONTUÁRIO

107970

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

31012310161037221512210

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/08/92

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Idm. Cristiana Nogueira de Almeida

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Edilene 299, SS Bente

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Benevides

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente de Trânsito com
ferimentos e fraturas
P.E.C.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CIRURGIA

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

Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura de fêmur P.E.C.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE VIOLÊNCIAS)

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 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

15-8 ou 20-8 - falta Aih
20-8

07 MAR. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

F-01

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 15/03/18 O.S. _____

Adriano Horacio

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Exame de Pele

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: LHC + Desbridamento

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Carlos 1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

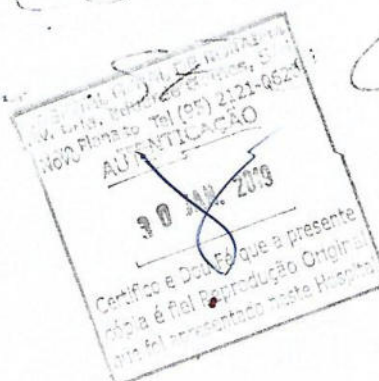
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: Dr. Heitor ANESTÉSICO: _____

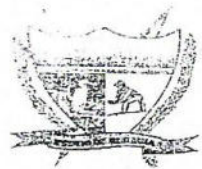
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

*Exame de Pele - se Ferimentos Pele
com grande Pseudo Tumor
Pele e TESC
LHC com Desbridamento*



Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

24 ABR. 2019

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Adriane morais Almeida de sausa</i>		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>15/08/18</i>		
TIPO <i>Limpeza cirurgica + desbridamento</i>		CIRURGIA				
TEMPO DE DURAÇÃO		INICIO <i>18:05</i>	FIM <i>18:28</i>	TEMPO TOTAL		
CIRURGIÃO <i>Dr. Carlos Henrique</i>		EQUIPE MÉDICA				
1º AUXILIAR		ANESTESISTA: <i>Dr. Fabiano</i>		RES. ANESTESIA: <i>(Dr. Emmanuel) Joo</i>		
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		<i>Dr. Jose alberto</i>		
TIPO DE ANESTESIA: <i>Rapida</i>		CIRCULANTE		<i>Roberto + Baumundo</i>		
QUANT.		MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<i>17</i>		PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<i>17</i>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO <i>score</i>	
<i>17</i>		PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
		LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<i>1</i>		LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
		LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
		LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<i>17</i>		LUVAS P/PROCEDIMENTOS <i>6 pws</i>			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<i>1</i>		LÂMINA BISTURINº <i>21</i>			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
		DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
		DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
		DRENO DE PENROSE Nº		<i>17</i>	FIO SEDA Nº <i>25</i>	
		SERINGA 01ML			SURGICEL	
		SERINGA 03ML		<i>220ml</i>	CERA PLOSSO <i>Alcal 70%</i>	
		SERINGA 05 ML		<i>+ 100ml</i>	KIT CATARATANº <i>Alcal 70%</i>	
		SERINGA 10ML			GEOFOAM	
		SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
<i>1</i>		<i>Cotetes 02</i>		<i>17</i>	OUTROS: <i>Elutrol</i>	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
		<i>Luciana Rebecca</i>	SUB- TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
			TAXA DE ANESTESIA			
			SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE						





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

24 ABR. 2019

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 20.08.18

O.S. _____

Adriano Moraes

Adriano Moraes
Rocha

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Espondilomieloma T6

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

LTC + Desbridamento + Retate

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

Ceftriaxona

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Dr. C. Enrique

1º AUXILIAR:

Dr. Jesus

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

Dr. Michel

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Incisão - se para o tumor no Dorsal T6
- Fecho LTC com SF e Corexidun
- Desbridamento de tecido doente
- Retate de tecido saudável
- Osmo e Tendões

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 556



24 ABR. 2019

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Adriana M. Moura Almeida de Souza, 26a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

20.08.D

AGENTES	N 20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
	02															
LÍQUIDOS VENOSOS																
DA	°C	240														
X		38	220													
ULSO		36	200													
ANES		34	180													
X		32	160													
OP		30	140													
U																
TEMP																
ASPIR.																
A																
RESP																
O																
Expost																
Assist																
Contro																

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	100mg	Sedação	* 500g * 100g * 100g * CATETER ORAL NAJAC * USUÁRIOS MSD.
B	100mg	Ventilação espontânea	
C	100mg		
D	100mg		
E	100mg		
F			
G			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringea	
MDCD		Naso / Orotraqueal - Cega	
SANGUE		Bol - Tamp - Calibre do Tubo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL	500mg	30min	
OPERAÇÃO	Delirium por E + R. 100mg		Lariango - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	Hemorragia - Arritmia Bradi Taquicardia - Choque
			PERDA SANGÜÍNEA

Michel M. Moura

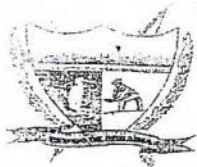
CRM 11196

CÓDIGO

CIRURGIÃO

Dr. Carlos E.

Dr. Jean



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

24 ABR. 2019

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	26 anos	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Moniana M. Almeida		5922		20 / 08 / 19

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO
Amputação Cirúrgica R. (L)	INICIO FIM TEMPO TOTAL
	20:00 20:35

CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA
1º AUXILIAR	ANESTESISTA: Dr. Carlos Henrique
2º AUXILIAR	RES. ANESTESIA: Dr. Miguel
	INSTRUMENTADOR
	CIRCULANTE

TIPO DE ANESTESIA:	TEMPO DE DURAÇÃO:
Sedação	Amarelo e Navega

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VAL
5	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 0,9%	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURIN Nº 35			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº		1	FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDAN Nº	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL	
1	SERINGA 03ML		1	CERA P/030	
1	SERINGA 05 ML		1	KLECATARAT	
1	SERINGA 10ML		1	CELOFAM	
1	SERINGA 20ML		1	RIA CARDIACA	
1	Coturno O2		1	OUTROS: Gelina d9	

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

21 ABR 2019



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

H G

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

H G

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Adriana nome Alvaro 1 son

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente com cefaleia
oposto lateral - pulso e de
eixo clá -

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cinco

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

R de ex

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Thianna Clara e buprenorfina 10 mg

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Jes A Lopez Aguiar

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

27/08/10

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408060166
M 866

13-8-3-9



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

24 ABR. 2019

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 23/08/16 O.S. _____

ADRIANA NORONHA
ALVARO I. FORT

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: OPTEONILAR 16-17

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: Tratamento cirúrgico da epistaxe por

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 0 - MTA

CIRURGIÃO: Dr. Jery

1º AUXILIAR: Dr. C. Carney

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: RSCV

ANESTESISTAS: Dr. Adonir

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente consciente
- Asepsia, antiseptico
- Corte escalar
- Dissecção de tecido conjuntivo
- Levar o dente com fórceps
- Cauterização (10 e 40%)
- Preenchimento com material
- Curativo

Dr. Jery A. J. Aguiar
CRM-RR 565

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 483



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

24 ABR. 2019

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Adriano Moreno Almeida de Souza</i>		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>23/03/18</i>	
TIPO <i>TTº Osteomielite Pé (E)</i>		CIRURGIA			
		TEMPO DE DURAÇÃO			
		INICIO <i>18:20</i>	FIM <i>18:35</i>	TEMPO TOTAL	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	<i>Dr. Jesus</i>		ANESTESISTA:	<i>Dr. Adonias</i>	
1º AUXILIAR	<i>Dr. Carlos Henrique</i>		RES. ANESTESIA:		
2º AUXILIAR			INSTRUMENTADOR		
			CIRCULANTE	<i>Robson / Adilson</i>	
O DE ANESTESIA: <i>Roan 18:15</i>			TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<i>1</i>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		<i>7</i>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO <i>500ml</i>	
<i>1</i>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<i>1</i>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.0		<i>1</i>	FIO MONONYLON Nº <i>0</i>	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<i>1</i>	LÂMINA BISTURINº <i>23</i>			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		<i>1.500ml</i>	SURGICEL <i>PPT (degrau) / 1.500ml</i>	
	SERINGA 03ML		<i>1.500ml</i>	CERA P/OSSE <i>Acord 701</i>	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
<i>1</i>	<i>Cateter 02</i>		<i>1</i>	OUTROS: <i>Eletrodos</i>	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		<i>Luciana Rebelo</i>	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 348544-7

DATA DE EXPEDIÇÃO 23/06/2006

NOME ADRIANE MORENO ALMEIDA DE SOUZA

TIPOÇÃO ELADIO ALVES DE SOUZA

ANA CRISTINA MORENO DE ALMEIDA

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

BOA VISTA - RR

DOC. ORIGEM CERTID. NASC. 16431 FLS. 110-F LIV. A-28

CPF 02 OF BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO 15/08/1992

REF. 24 out 11 50

1 VLT. P. 1

Rita de Cassia Cavali de Araújo
Diretora do IIC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

98121-2676

99122-1317

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Pollegar Direito

ASSINATURA DO TITULAR

Adriane Moreno Almeida de Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RR

NOME ADRIANE MORENO ALMEIDA DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE (ORG. EMISSOR) 3485447-SSP-RR

CPF 009.235.542-03

DATA NASCIMENTO 15/08/1992

TIPO ELADIO ALVES DE SOUZA

ANA CRISTINA MORENO DE ALMEIDA

PERMISSÃO ACB CAT. HAB. A

VALIDADE 17/07/2023

1ª HABILITAÇÃO 26/05/2014

960639391

960639391

PROIBIDO PLASTIFICAR

960639391

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO EMISSOR

ANTONIO FRANCISCO SERRA MARQUES

DIRETOR PRESIDENTE

DETRAN-RR

DATA DE EMISSÃO 17/07/2018

52024104302

RR209743115

RORAIMA

24 ABR. 2019

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA



DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORAF
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FLUACÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE
OLIVEIRA

ITENS

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

24 ABR. 2019

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

JUSCELINO KUMITSCHKE PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE

ASSINATURA DO EMISSOR

92495240616
RR207968020

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - RORAIMA

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096

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: 009.235.542-03 Nome completo da vítima: Adriane Moreno Almeida de Souza

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

Nome completo: Adriane Moreno Almeida de Souza CPF: 009.235.542-03

Profissão: Autônoma Endereço: Rua Colibri Número: 299 Complemento: _____

Bairro: São Bento Cidade: Bela Vista Estado: RR CEP: 69315609

E-mail: lhairrr@hotmail.com Tel.(DDD): (95)984035060

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

RENTA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 65403 8

(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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Bela Vista - RR 08/03/2019

Nome: Adriane Moreno Almeida de Souza

CPF: 009.235.542-03

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Adriane Moreno Almeida de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

24.03.2019