

alta: 04/05/19

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 1 9 1 8 0 0 2 9 9 5 1 6 8 1 1 0 1 7 8

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Júlio Costa Lopes

Rua Tamenado Neves

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Roraimópolis

7 - DATA DE NASCIMENTO

02/03/1972

11 - TELEFONE DE CONTATO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de atropelamento envolvendo um
blastow 13. PIFR. Metabolizando 4 membros.
TC de crânio - contusão temporal (C) e perimeningea (D)
(não avulsão).

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Quim.

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

TC de crânio

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

TCE / Contusão Cerebral

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Marcos Roberto

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

28/04/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO EM DOBRO DO REGISTRO DO CONSELHO

Mário Tiago de O. D. Barros

Neurocirurgião

CRM-RR 14485 SEMP

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CNPJ DA REGISTRADORA

34 - Nº DO ROLIM

35 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESSEMPREGADO

INDETERMINADO

NÃO SEQUENCIADO

40 - UNAF DA EMPRESA

41 - CDSR

AUTORIZAÇÃO

38 - Nº DOCUMENTO (CNS/CF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

39 - Nº DE INTERNAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

0303040089

45 - Nº DE INTERNAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO EM DOBRO DO REGISTRO DO CONSELHO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO EM DOBRO DO REGISTRO DO CONSELHO



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DN	
PACIENTE RAIMUNDO COSTA LOPES			
AGNÓSTICA TCE			
ALERGIAS N.D.N.		DATA 29/abr/2019	
IDADE	LEITO		
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA LEVE CASO BEM DESPERTO		
2	SOL 0,9% 1000ML IV 12/12H		
3	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6 H		
4	RANITIDINA 50MG EV 8/8 HORAS		
5	NAUSEDRON 8MG IV DE 8/8H SN		
6	TILATIL 20MG IV 12/12H		
7	FENITOINA 2ML + SOL 0,9% 100ML IV DE 8/8H		
8	CABECEIRA ELEVADA 45 GRAUS		
9	CUIDADOS DE ENFERMAGEM		
10	DEXTRODE 6/6 H Sem Fita de Dextro		
11	GLICOSE 25% -- 4 AMP. IV CASO DEXTRO < 70MG / DL		
12	OBSERVAÇÃO RIGOROSA DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		
13	BLOCO A		
14	Medicação SVD		
15	SE DIAJETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR 60		
16	CONECTOME ESQUEMA 100-250-200-250-300-400-500-350-350		
17	400-300-400-100 E OU GLICOSES 70 DUMI GLICOSE 50% 40 ML		
18	EV 4 AMISAR EL ANTONISTA		
19			
20			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Item 6 NÃO FOI REALIZADO
POR QUE NÃO FOI LIBERADO PELA
FAMÍLIA

Márcio Hugo de O. Barbosa
Neurocirurgião
CRM-RR 1485

Reginaldo J. de Souza
Téc. de Enfermagem
CRM-RR 15149

	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110/40	80		36,2
12 H				
18 H				
24 H	150/40	60		36,2

17h PA 119 x 60 mmHg
FC 79 bpm
despertal 200 ml

Bloco A - 664



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DN

RAIMUNDO COSTA LOPES

PACIENTE

TCE

ALERGIAS

N.D.N.

LEITO

115

DATA

30/abr/2019

IDADE

PRESCRIÇÃO

THEORATIC

ITEM

PRESCRIÇÃO

1	DJETA LEVE
---	------------

2	SFO.9% 1000ML IV 12/12H
---	-------------------------

3	DEIRON 1 AMP EV 6/6 H
---	-----------------------

3	BRANQUILINA 50MG EV 8/8 HORAS
4	BRANQUILINA 50MG EV 8/8 HORAS

5	NAUSEIDION 8MG IV DE 8/8H SN
---	------------------------------

5	TILATIL 20MG IV 12/12H
6	TILATIL 20MG IV 12/12H

7	FENITO[NA 100MG VO DE 8/8H
---	----------------------------

8	CARREIRA ELEVADA 45 GRAUS
---	---------------------------

8	CABECIM DE SANTANA
9	CIUDADOS DE ENFERMAGEM

9	COLETA DE SANGUE
10	OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA

44

12

13

14

15

$$\frac{10}{15}$$

16

17

18

19

20

EVOLUCAO MEDICA:

EVOLUÇÃO MÉDICA: GLASGOW 15. PIR. SEM DÉFICIT MOTÓR. CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA.

	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	100%	72		36°C
18 H	100%	84		35.8°C
24 H				

30-04-19 - Reuniao Verbalizacao
Realizada verbalizacoes de
exatidão + SSVH SP
Roberto Alves Coordenador
Rec. do Enfermagem
COREN-RR 195.241



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

Paciente:

Raimundo E. Lopes

MOR

Leito:

415

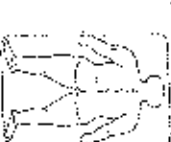
Data: 30/04/19

Localização



Região:

canela D



Região:

Grau: I () II ()

Etiologia

() LP I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 () Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia
 () Outro:

() LP I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 () Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia
 () Outro:

Aparição no

() Necrose: Amarela/Negra () Esfáceo () Granulação () Epitelização
 () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros
 () Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor
 () Outro:

() Necrose: Amarela/Negra () Esfáceo () Granulação () Epitelização
 () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros
 () Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor
 () Outro:

Tipo de Perfuração

() Paralelo () Seroso () Sanguinolento () Seco
 () Outro:

() Paralelo () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco
 () Outro:

Tipo de Textura

() Úmido () Seco
 () Outro:

() Úmido () Seco
 () Outro:

Quantidade de

() Molhado () Úmido () Seco
 () Outro:

() Molhado () Úmido () Seco
 () Outro:

Solução de

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
 () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 () Outro:

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
 () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 () Outro:

Cobertura

() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 () Outro:

() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 () Outro:

Tela

() 12/12 () 48/48h
 () Diário () 48/48h

() 12/12 () 48/48h
 () Diário () 48/48h

Profissional que

Realizou: Vanessa da Silva Moraes
 Coordenadora de Enfermagem
 CRP 005.152.15

Realizou: Vanessa da Silva Moraes
 Coordenadora de Enfermagem
 CRP 005.152.15

Procedimento:

1. Deontologia
 CRP 005.152.15

1. Deontologia
 CRP 005.152.15

Observações:



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DN	
PACIENTE RAIMUNDO COSTA LOPES			
AGNÓSTICO TCE			
ALERGIAS N.D.N.			
IDADE	LEITO	115	DATA 01/mai/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA LEVE		24h
2	SF0,9% 1000ML IV 12/12H		10:21
3	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6 H		12:18 24h
4	RANITIDINA 50MG EV 8/8 HORAS		14:22 24h
5	NAUSEDEON 8MG IV DE 8/8H SN		14:22 24h
6	TILATIL 20MG IV 12/12H		14:22 24h
7	FENITOINA 100MG VO DE 8/8H		14:22 24h
8	CABECEIRA ELEVADA 45 GRAUS		14:22 24h
9	CUIDADOS DE ENFERMAGEM		14:22 24h
10	OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA		14:22 24h
11			
12			
13			
14			
15			
16	SE DIALETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR 180		
17	CONFORME ESQUEMA 100-250-250-250-300-400-300-350-600-350		
18	400-800-2400-10 UPE GLUCOSE 50% 40 ML		
19	EV AVISAR PLANTONISTA		
20			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

GLASGOW 15. PIER. SEM DÉFICIT MOTOR. CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA.

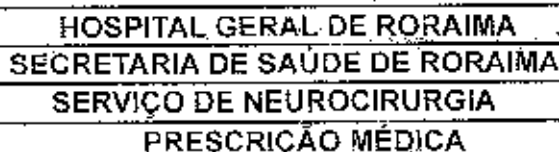
	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110x71	70	20	36,5
12 H				
18 H	130x70			37,5
24 H	120x70	71		36,8

18:00 - pac. no leito repouso misto, adm. dipirona
C.P.M.

06h: Administração medicamentos conforme prescrição
e disponibilização da farmácia

Claudemir A. Lima
Téc. de Enfermagem
COREN/RN 001913288

Boalmon
488.849



Plantes netamente proc. este tipo de plantas
fazem reações de (B) pois o mesmo
é o decompõe até ao que
proc. resta. Colúmbio e decomp. B

[Faint handwritten notes at the bottom of the page]



Núcleo de Interferência em
Tratamento de Feridas
HGM

Paciente: Roberto Costa Lima
Leito: 115-1

versão: 1
Elaborada: 02/2013
Atualizada: 12/2013
Data: 02/05/2014

Localização		Região: <u>coxa esquerda</u>		Região: _____
Etiologia	☐ LEP I II III IV ?* ☒ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: <u>Trisão</u> ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: _____	Grau: I () II (☒) ☐ LEP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u>Trisão</u> ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: _____		
Aparência do Leito	☐ Necrose Amarela/Verde ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros: _____ ☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Jirritada / Rubor ☐ Outro: _____	☐ Necrose Amarela/Verde ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros: _____ ☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Jirritada / Rubor ☐ Outro: _____		
Pele Periférica	☐ Pulente ☒ Seco ☐ Sanguinolento ☐ Seco ☐ Outro: _____	☐ Pulente ☐ Seco ☐ Sanguinolento ☐ Seco ☐ Outro: _____		
Tipo de Exsudação	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco ☐ Outro: _____	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco ☐ Outro: _____		
Quantidade de Exsudação	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%		
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Suftadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: <u>AGE</u>	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Suftadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____		
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h	☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h		
Profissional que realizou o procedimento:	<u>Roberto Costa Lima</u> Téc. de Enfermagem COREN-PR 387.172			
Observações:	_____ _____ _____			

1901124211 17/03/2019 16:28:48 FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MÉDICA

Paciente: RAIMUNDO COSTA LOPES Data Nascimento: 02/03/1942 Idade: 77 A 3 M 15 D CNS: 898002995681078 CPF: 14564823272 Prontuário: 00079314

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão: M Sexo: M Estado Civil: PARDI Raça/Cor: PARDI Naturalidade: BOA VISTA - RR Contato: BRASILERA

Vão: LUZIA COSTA LOPES Ocupação: Ocupação

Endereço: RUA - TANCREDO NEVES - 0000 - CENTRO - RORAINÓPOLIS - RR

Class. de Risco: LARANJA Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Valicado: Autorização: Sis Prontal

Motivo do Atendimento: SPA - PRONTO ATENDIM Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: 36.50 Peso: 140 x 80 Pressão: 140 x 80

Sector: PRONTO ATENDIMENTO Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: THYCIANNY RODRIGUES

Queixa Principal: ATAXIA LENTIDÃO MENTAL, RNM COM DIAGNOSTICO DE COLABAMENTO EMM VLD e DESVIO DE LINA MEDIA; ENCAMINHADO PARA SER AVALIADO PELO NEUROCIRURGIÃO

Anamnese de Enfermagem: TEM HAS; NEGA DM OU ALERGIA MEDICAMENTOSA

GSC: AD: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 TOTAL

anamnese - (HORA DA CONSULTA -) h)

Paciente encaminhado da Neurologia para início
cuidado Lômnia de colúrea sub. Dural.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

tce

SADT - Exames Complementares

() RAIO-X () ULTRA-SON () IC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Converso com Neurologista Dr. Fabiano
que Guia Informação Hospitalar
SIC Neurologia

Conduta

- () Alta por Decisão Médica
() Alta a Pedido
() Alta a Revolu
() Transferência para:

Dr. Heraldo Almeida Costa
Médico
CRM-RR 1953

- () Ambulatório
() Observação (Até 24h)
() Internação
Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IM. Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: renilson
Data Hora: 17/03/2019 17:02:26

CRM-RR 1953

Carimbo de Assinatura do Médico

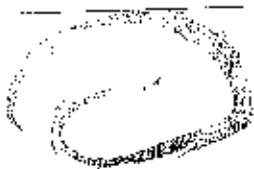
Av. Dr. Eduardo Gomes, S/N
Núcleo Hospitalar Tel (95) 2121-0120
AUTENTICAÇÃO

17/03/2019

Este formulário é de uso exclusivo da presente
Unidade de Pronto Atendimento Original
e não deve ser utilizado para fins de controle de qualidade.



1901124211



NEUROLOGIA

Ruy Guilherme Souza

CRM-RR 305

URGENTE

Ruy Souza
Neurologia
CRM-RR 305

PARA: Emergência HGR

Encaminho o Sr. Raimundo Lopes, 69 anos, que em 28 de abril passado sofreu TCE, cuja TAC revelou pequena lâmina de coleção sub dural. Desde então vem apresentando ataxia e lentidão mental progressiva, e uma RNM de 13 de Junho de 2019 revelou progressão da coleção sub dural com colabamento de VLD e desvio de linha média.

Solicito avaliação neurocirúrgica

Ruy Souza
Neurologia
CRM-RR 305

17.06.19, 15:30h

RUYGUILHERME SILVEIRA DE SOUZA
CRM-305

Clínica CCR-Av Vile Roy, 6529. Tel-3224-7999
Contatos: 81143100, 91469931
ruysouzaneuroconsult@gmail.com

119-3

	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		

DATA DE ADMISSÃO		17/06/2019	DN	02/03/1942	
PACIENTE	RAIMUNDO COSTA LOPES				
DIAGNÓSTICO	HSDC F.T.P. DIREITO				
ALERGIAS	N.D.N.				
IDADE	77 ANOS	LEITO	119-3	DATA	19/jun/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA GERAL				SMA
2	ACESSO SOROLIZADO				MADEIRA
3	SFO, 0% 500ML EV ACM				ACM
4	DIPIRONA 1 AMPOLA EV 6/6 H				10 12 24 36 48 60 72 84 96 108 120 132 144 156 168 180 192 204 216 228 240 252 264 276 288 300 312 324 336 348 360 372 384 396 408 420 432 444 456 468 480 492 504 516 528 540 552 564 576 588 600 612 624 636 648 660 672 684 696 708 720 732 744 756 768 780 792 804 816 828 840 852 864 876 888 900 912 924 936 948 960 972 984 996 1008 1020 1032 1044 1056 1068 1080 1092 1104 1116 1128 1140 1152 1164 1176 1188 1200 1212 1224 1236 1248 1260 1272 1284 1296 1308 1320 1332 1344 1356 1368 1380 1392 1404 1416 1428 1440 1452 1464 1476 1488 1500 1512 1524 1536 1548 1560 1572 1584 1596 1608 1620 1632 1644 1656 1668 1680 1692 1704 1716 1728 1740 1752 1764 1776 1788 1800 1812 1824 1836 1848 1860 1872 1884 1896 1908 1920 1932 1944 1956 1968 1980 1992 2004 2016 2028 2040 2052 2064 2076 2088 2100 2112 2124 2136 2148 2160 2172 2184 2196 2208 2220 2232 2244 2256 2268 2280 2292 2304 2316 2328 2340 2352 2364 2376 2388 2400 2412 2424 2436 2448 2460 2472 2484 2496 2508 2520 2532 2544 2556 2568 2580 2592 2604 2616 2628 2640 2652 2664 2676 2688 2700 2712 2724 2736 2748 2760 2772 2784 2796 2808 2820 2832 2844 2856 2868 2880 2892 2904 2916 2928 2940 2952 2964 2976 2988 3000 3012 3024 3036 3048 3060 3072 3084 3096 3108 3120 3132 3144 3156 3168 3180 3192 3204 3216 3228 3240 3252 3264 3276 3288 3300 3312 3324 3336 3348 3360 3372 3384 3396 3408 3420 3432 3444 3456 3468 3480 3492 3504 3516 3528 3540 3552 3564 3576 3588 3600 3612 3624 3636 3648 3660 3672 3684 3696 3708 3720 3732 3744 3756 3768 3780 3792 3804 3816 3828 3840 3852 3864 3876 3888 3900 3912 3924 3936 3948 3960 3972 3984 3996 4008 4020 4032 4044 4056 4068 4080 4092 4104 4116 4128 4140 4152 4164 4176 4188 4200 4212 4224 4236 4248 4260 4272 4284 4296 4308 4320 4332 4344 4356 4368 4380 4392 4404 4416 4428 4440 4452 4464 4476 4488 4500 4512 4524 4536 4548 4560 4572 4584 4596 4608 4620 4632 4644 4656 4668 4680 4692 4704 4716 4728 4740 4752 4764 4776 4788 4800 4812 4824 4836 4848 4860 4872 4884 4896 4908 4920 4932 4944 4956 4968 4980 4992 5004 5016 5028 5040 5052 5064 5076 5088 5100 5112 5124 5136 5148 5160 5172 5184 5196 5208 5220 5232 5244 5256 5268 5280 5292 5304 5316 5328 5340 5352 5364 5376 5388 5400 5412 5424 5436 5448 5460 5472 5484 5496 5508 5520 5532 5544 5556 5568 5580 5592 5604 5616 5628 5640 5652 5664 5676 5688 5700 5712 5724 5736 5748 5760 5772 5784 5796 5808 5820 5832 5844 5856 5868 5880 5892 5904 5916 5928 5940 5952 5964 5976 5988 6000 6012 6024 6036 6048 6060 6072 6084 6096 6108 6120 6132 6144 6156 6168 6180 6192 6204 6216 6228 6240 6252 6264 6276 6288 6300 6312 6324 6336 6348 6360 6372 6384 6396 6408 6420 6432 6444 6456 6468 6480 6492 6504 6516 6528 6540 6552 6564 6576 6588 6600 6612 6624 6636 6648 6660 6672 6684 6696 6708 6720 6732 6744 6756 6768 6780 6792 6804 6816 6828 6840 6852 6864 6876 6888 6900 6912 6924 6936 6948 6960 6972 6984 6996 7008 7020 7032 7044 7056 7068 7080 7092 7104 7116 7128 7140 7152 7164 7176 7188 7200 7212 7224 7236 7248 7260 7272 7284 7296 7308 7320 7332 7344 7356 7368 7380 7392 7404 7416 7428 7440 7452 7464 7476 7488 7500 7512 7524 7536 7548 7560 7572 7584 7596 7608 7620 7632 7644 7656 7668 7680 7692 7704 7716 7728 7740 7752 7764 7776 7788 7800 7812 7824 7836 7848 7860 7872 7884 7896 7908 7920 7932 7944 7956 7968 7980 7992 8004 8016 8028 8040 8052 8064 8076 8088 8100 8112 8124 8136 8148 8160 8172 8184 8196 8208 8220 8232 8244 8256 8268 8280 8292 8304 8316 8328 8340 8352 8364 8376 8388 8400 8412 8424 8436 8448 8460 8472 8484 8496 8508 8520 8532 8544 8556 8568 8580 8592 8604 8616 8628 8640 8652 8664 8676 8688 8700 8712 8724 8736 8748 8760 8772 8784 8796 8808 8820 8832 8844 8856 8868 8880 8892 8904 8916 8928 8940 8952 8964 8976 8988 9000 9012 9024 9036 9048 9060 9072 9084 9096 9108 9120 9132 9144 9156 9168 9180 9192 9204 9216 9228 9240 9252 9264 9276 9288 9300 9312 9324 9336 9348 9360 9372 9384 9396 9408 9420 9432 9444 9456 9468 9480 9492 9504 9516 9528 9540 9552 9564 9576 9588 9600 9612 9624 9636 9648 9660 9672 9684 9696 9708 9720 9732 9744 9756 9768 9780 9792 9804 9816 9828 9840 9852 9864 9876 9888 9900 9912 9924 9936 9948 9960 9972 9984 9996 10008 10020 10032 10044 10056 10068 10080 10092 10104 10116 10128 10140 10152 10164 10176 10188 10200 10212 10224 10236 10248 10260 10272 10284 10296 10308 10320 10332 10344 10356 10368 10380 10392 10404 10416 10428 10440 10452 10464 10476 10488 10500 10512 10524 10536 10548 10560 10572 10584 10596 10608 10620 10632 10644 10656 10668 10680 10692 10704 10716 10728 10740 10752 10764 10776 10788 10800 10812 10824 10836 10848 10860 10872 10884 10896 10908 10920 10932 10944 10956 10968 10980 10992 11004 11016 11028 11040 11052 11064 11076 11088 11100 11112 11124 11136 11148 11160 11172 11184 11196 11208 11220 11232 11244 11256 11268 11280 11292 11304 11316 11328 11340 11352 11364 11376 11388 11400 11412 11424 11436 11448 11460 11472 11484 11496 11508 11520 11532 11544 11556 11568 11580 11592 11604 11616 11628 11640 11652 11664 11676 11688 11700 11712 11724 11736 11748 11760 11772 11784 11796 11808 11820 11832 11844 11856 11868 11880 11892 11904 11916 11928 11940 11952 11964 11976 11988 12000 12012 12024 12036 12048 12060 12072 12084 12096 12108 12120 12132 12144 12156 12168 12180 12192 12204 12216 12228 12240 12252 12264 12276 12288 12300 12312 12324 12336 12348 12360 12372 12384 12396 12408 12420 12432 12444 12456 12468 12480 12492 12504 12516 12528 12540 12552 12564 12576 12588 12600 12612 12624 12636 12648 12660 12672 12684 12696 12708 12720 12732 12744 12756 12768 12780 12792 12804 12816 12828 12840 12852 12864 12876 12888 12900 12912 12924 12936 12948 12960 12972 12984 12996 13008 13020 13032 13044 13056 13068 13080 13092 13104 13116 13128 13140 13152 13164 13176 13188 13200 13212 13224 13236 13248 13260 13272 13284 13296 13308 13320 13332 13344 13356 13368 13380 13392 13404 13416 13428 13440 13452 13464 13476 13488 13500 13512 13524 13536 13548 13560 13572 13584 13596 13608 13620 13632 13644 13656 13668 13680 13692 13704 13716 13728 13740 13752 13764 13776 13788 13800 13812 13824 13836 13848 13860 13872 13884 13896 13908 13920 13932 13944 13956 13968 13980 13992 14004 14016 14028 14040 14052 14064 14076 14088 14100 14112 14124 14136 14148 14160 14172 14184 14196 14208 14220 14232 14244 14256 14268 14280 14292 14304 14316 14328 14340 14352 14364 14376 14388 14400 14412 14424 14436 14448 14460 14472 14484 14496 14508 14520 14532 14544 14556 14568 14580 14592 14604 14616 14628 14640 14652 14664 14676 14688 14700 14712 14724 14736 14748 14760 14772 14784 14796 14808 14820 14832 14844 14856 14868 14880 14892 14904 14916 14928 14940 14952 14964 14976 14988 15000 15012 15024 15036 15048 15060 15072 15084 15096 15108 15120 15132 15144 15156 15168 15180 15192 15204 15216 15228 15240 15252 15264 15276 15288 15300 15312 15324 15336 15348 15360 15372 15384 15396 15408 15420 15432 15444 15456 15468 15480 15492 15504 15516 15528 15540 15552 15564 15576 15588 15600 15612 15624 15636 15648 15660 15672 15684 15696 15708 15720 15732 15744 15756 15768 15780 15792 15804 15816 15828 15840 15852 15864 15876 15888 15900 15912 15924 15936 15948 15960 15972 15984 15996 16008 16020 16032 16044 16056 16068 16080 16092 16104 16116 16128 16140 16152 16164 16176 16188 16200 16212 16224 16236 16248 16260 16272 16284 16296 16308 16320 16332 16344 16356 16368 16380 16392 16404 16416 16428 16440 16452 16464 16476 16488 16500 16512 16524 16536 16548 16560 16572 16584 16596 16608 16620 16632 16644 16656 16668 16680 16692 16704 16716 16728 16740 16752 16764 16776 16788 16800 16812 16824 16836 16848 16860 16872 16884 16896 16908 16920 16932 16944 16956 16968 16980 16992 17004 17016 17028 17040 17052 17064 17076 17088 17100 17112 17124 17136 17148 17160 17172 17184 17196 17208 17220 17232 17244 17256 17268 17280 17292 17304 17316 17328 17340 17352 17364 17376 17388 17400 17412 17424 17436 17448 17460 17472 17484 17496 17508 17520 17532 17544 17556 17568 17580 17592 17604 17616 17628 17640 17652 17664 17676 17688 17700 17712 17724 17736 17748 17760 17772 17784 17796 17808 17820 17832 17844 17856 17868 17880 17892 17904 17916 17928 17940 17952 17964 17976 17988 18000 18012 18024 18036 18048 18060 18072 18084 18096 18108 18120 18132 18144 18156 18168 18180 18192 18204 18216 18228 18240 18252 18264 18276 18288 18300 18312 18324 18336 18348 18360 18372 18384 18396 18408 18420 18432 18444 18456 18468 18480 18492 18504 18516 18528 18540 18552 18564 18576 18588 18600 18612 18624 18636 18648 18660 18672 18684 18696 18708 18720 18732 18744 18756 18768 18780 18792 18804 18816 18828 18840 18852 18864 18876 18888 18900 18912 18924 18936 18948 18960 18972 18984 18996 19008 19020 19032 19044 19056 19068 19080 19092 19104 19116 19128 19140 19152 19164 19176 19188 19200 19212 19224 19236 19248 19260 19272 19284 19296 19308 19320 19332 19344 19356 19368 19380 19392 19404 19416 19428 19440 19452 19464 19476 19488 19500 19512 19524 19536 19548 19560 19572 19584 19596 19608 19620 19632 19644 19656 19668 19680 19692 19704 19716 19728 19740 19752 19764 19776 19788 19800 19812 19824 19836 19848 19860 19872 19884 19896 19908 19920 19932 19944 19956 19968 19980 19992 20004 20016 20028 20040 20052 20064 20076 20088 20100 20112 20124 20136 20148 20160 20172 20184 20196 20208 20220 20232 20244 20256 20268 20280 20292 20304 20316 20328 20340 20352 20364 20376 20388 20400 20412 20424 20436 20448 20460 20472 20484 20496 20508 20520 20532 20544 20556 20568 20580 20592 20604 20616 20628 20640 20652 20664 20676 20688 20700 20712 20724 20736 20748 20760 20772 20784 20796 20808 20820 20832 20844 20856 20868 20880 20892 20904 20916 20928 20940 20952 20964 20976 20988 21000 21012 21024 21036 21048 21060 21072 21084 21096 21108 21120 21132 21144 21156 21168 21180 21192 21204 21216 21228 21240 21252 21264 21276 21288 21300 21312 21324 21336 21348 21360 21372 21384 21396 21408 21420 21432 21444 21456 21468 21480 21492 21504 21516 21528 21540 21552 21564 21576 21588 21600 21612 21624 21636 21648 21660 21672 21684 21696 21708 21720 21732 21744 21756 21768 21780 21792 21804 21816 21828 21840 21852 21864 21876 21888 21900 21912 21924 21936 21948 21960 21972 21984 21996 22008 22020 22032 22044 22056 22068 22080 22092 22104 22116 22128 22140 22152 22164 22176 22188 22200 22212 22224 22236 22248 22260 22272 22284 22296 22308 22320 22332 22344 22356 22368 22380 22392 22404 22416 22428 22440 22452 22464 22476 22488 22500 22512 22524 22536 22548 22560 22572 22584 22596 22608 22620 22632 22644 22656 22668 22680 22692 22704 22716 22728 22740 22752 22764 22776 22788 22800 22812 22824 22836 22848 22860 22872 22884 22896 22908 22920 22932 22944 22956 22968 22980 22992 23004 23016 23028 23040 23052 23064 23076 23088 23100 23112 23124 23136 23148 23160 23172 23184 23196 23208 23220 23232 23244 23256 23268 23280 23292 23304 23316 23328 23340 23352 23364 23376 23388 23400 23412 23424 23436 23448 23460 23472 23484 23496 23508 23520 23532 23544 23556 23568 23580 23592 23604 23616 23628 23640 23652 23664 23676 23688 23700 23712 23724 23736 23748 23760 23772 23784 23796 23808 23820 23832 23844 23856 23868 23880 23892 23904 23916 23928 23940 23952 23964 23976 23988 24000 24012 24024 24036 24048 24060 24072 24084 24096 24108 24120 24132 24144 24156 24168 24180 24192 24204 24216 24228 24240 24252 24264 24276 24288 24300 24312 24324 24336 24348 24360 24372 24384 24396 24408 24420 24432 24444 24456 24468 24480 24492 24504 24516 24528 24540 24552 24564 24576 24588 24600 24612 24624 24636 24648 24660 24672 24684 24696 24708 24720 24732 24744 24756 24768 24780 24792 24804 24816 24828 24840 24852 24864 24876 24888 24900 24912 24924 24936 24948 24960 24972 24984 24996 25008 25020 25032 25044 25056 25068 25080 25092



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Raimundo Costa Lopes

898002995681078

DATA DE NASCIMENTO

02/03/42

1 - CID PRINCIPAL

79314

2 - CID SEC

M

NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Luzia Costa Lopes

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua - Tancredo Neves - 00 Centro

915

11 - TELEFONE DE CONTATO

(DDD) NÚMERO

Cidade

Rorainópolis

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

R12

15 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HSDC CAPSULADO PARIEAL
DIREITO

16 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AGUA

17 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA E EXAMES (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

TC CRÂNIO

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

HSDC CAPSULADO PARIEAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

5069

22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCIÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CRANIOTONIA E BREVAGENA RELATONIA

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

NCA

27 - CATEGORIA DA INTERNAÇÃO

CEREBELO

28 - DOCUMENTO

(X) XONG

100T

29 - Nº DOCUMENTO (CONDIÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE)

201549833750002

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DR FABRÍCIO DE ALMEIDA

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

21/06/19

32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DR FABRÍCIO DE ALMEIDA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ATIVIDADE DE TRABALHO

34 - IDENTIFIC. DE TRABALHO TÍPICO

35 - IDENTIFIC. DE TRABALHO TÍPICO

36 - IDENTIFIC. DE TRABALHO TÍPICO

37 - IDENTIFIC. DE TRABALHO TÍPICO

38 - IDENTIFIC. DE TRABALHO TÍPICO

39 - IDENTIFIC. DE TRABALHO TÍPICO

40 - IDENTIFIC. DE TRABALHO TÍPICO

41 - IDENTIFIC. DE TRABALHO TÍPICO

42 - IDENTIFIC. DE TRABALHO TÍPICO

43 - IDENTIFIC. DE TRABALHO TÍPICO

44 - IDENTIFIC. DE TRABALHO TÍPICO

45 - IDENTIFIC. DE TRABALHO TÍPICO

46 - IDENTIFIC. DE TRABALHO TÍPICO

47 - IDENTIFIC. DE TRABALHO TÍPICO

48 - IDENTIFIC. DE TRABALHO TÍPICO

49 - IDENTIFIC. DE TRABALHO TÍPICO

50 - IDENTIFIC. DE TRABALHO TÍPICO

51 - IDENTIFIC. DE TRABALHO TÍPICO

52 - IDENTIFIC. DE TRABALHO TÍPICO

AUTORIZAÇÃO

41 - COD. ORDEM DE SERVIÇO

42 - Nº DOCUMENTO QUE INTERMEDIARÁ A INTERNAÇÃO HOSPITALAR

43 - DOCUMENTO

44 - DOCUMENTO

45 - DOCUMENTO

46 - DOCUMENTO

47 - DOCUMENTO

48 - DOCUMENTO

49 - DOCUMENTO

50 - DOCUMENTO

51 - DOCUMENTO

52 - DOCUMENTO

43 - Nº DOCUMENTO (HSDC) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Nº DOCUMENTO (HSDC) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Nº DOCUMENTO (HSDC) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - Nº DOCUMENTO (HSDC) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Nº DOCUMENTO (HSDC) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - Nº DOCUMENTO (HSDC) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Nº DOCUMENTO (HSDC) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - Nº DOCUMENTO (HSDC) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - Nº DOCUMENTO (HSDC) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - Nº DOCUMENTO (HSDC) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

04030/0314

5065

W499

71-6



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Medistil
Classe 3
Nº 250616
Data de validade 02/2021

QUANTIDADE DE MATERIAL CONSUMÍVEL

NOME DO PACIENTE: **Rafael Costa Lopes**
Aptidão: **119-3**
Nº DO PRONTUÁRIO: **79334**

Tipo: **cirúrgica**

Deputado de Hematologia (Cirurgião) **12.45**
Início: **13.30**
Fim: **13.30**
Tempo de duração: **00**

ANESTESISTA: **Fabian**
RES. ANESTESIA: **Rafael**
INSTRUMENTADOR: **Rafael**
CIRCULANTE: **Rafael**

TIPO DE ANESTESIA: **geral - 11.50m**
TEMPO DE DURAÇÃO: **30m + 15m de duração**

QUANT. VALOR MATERIALS

1000 PÓS COMPRESSAS C/03 UNID. 1000
1000 PACOTES GAZE 1000
1000 LUVA ESTÉRIL 7.5 1000
1000 LUVA ESTÉRIL 8.0 1000
1000 LUVA ESTÉRIL 8.5 1000

1000 LAMINA BISTURI Nº 11 1000
1000 DRENO DE SUÇÃO Nº 11 1000
1000 DRENO DE TORAX Nº 11 1000
1000 DRENO DE PENROSE Nº 11 1000

1000 SERINGA 03ML 1000
1000 SERINGA 05 ML 1000
1000 SERINGA 10ML 1000
1000 SERINGA 20ML 1000

1000 CÉTEROS 1000

1000 CÉTEROS 1000

1000 CÉTEROS 1000

1000 CÉTEROS 1000

1000 CÉTEROS 1000

1000 CÉTEROS 1000

1000 CÉTEROS 1000

1000 CÉTEROS 1000

1000 CÉTEROS 1000

INSTITUTO DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Leonardo Costa Borges
Inoperável: Fulvius

Anestesiado: Fulvius

~~INSTITUTO DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA~~ (Salão Operatório)

~~SAÍDA~~ (Salão de recuperação)

PACIENTE CONFERMADO:

☒ Alentejale

☒ São Cirúrgico

☒ Procedimento

☒ Anestesia Geral ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIR. GROSSO

☐ Aplicar ☒ Não se Aplica

SETO DIRM. ROLADO em 10 minutos

☒ Sim ☐ Não se Aplica

☒ Sim ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

CONCLUIR

☒ CONFINAMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM

FUNÇÃO/ALIMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALTERAÇÃO CONFIABILIDADE

☒ Não ☐ Sim, Qual:

SE AVALIAR: DIFERENÇA DE ASPIRAÇÃO

☒ Não ☐ Sim

☐ Sim, e qual procedimento de aspiração

RISCO DE FLETA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não

☐ Sim, e qual procedimento de aspiração

em 5 minutos

Dr. Wendson

CEM 2073

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO

CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente

☒ Site cirúrgico

☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

☒ Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sangüínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

☒ Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

☒ Os materiais necessários, como instrumental, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer procedimentos.

☒ A PROTEÇÃO ANTIMICROBIANA POR REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO

REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

☒ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

H.G.R.
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

17/06/2019

DN

02/03/1942

PACIENTE

RAIMUNDO COSTA LOPES

DIAGNÓSTICO

HSDC F.T.P. DIREITO

ALERGIAS

N.D.N.

IDADE

77 ANOS

LEITO

119-3

DATA

22/jun/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA GERAL ~~sem sal e sem açúcar~~

2

ACESSO SOROLIZADO

3

SFO,9% 500ML EV ACM

4

DIPIRONA 1 AMPOLA EV 6/6 H

5

PARACETAMOL 500MG 1 COMP VO 6/6 H INTERCALADO COM ITEM 4

6

TRAMADOL 50MG SFO,9% 100ML EV 6/6 H INFUNDIR EM 1 HORA

7

NAUSEDRON 8MG EV 8/8 H SE NAUSEAS OU VÔMITOS

8

PLASIL 10MG + SFO,9% 100ML EV 8/8 H S/N NA FALTA DO ITEM 7

9

TRAMADOL 50MG 1 COMP VO 6/6 H S/N NA FALTA DO ITEM 5

10

CABECEIRA ELEVADA 45°

11

REPOUSO NO LEITO

12

SINAIS VITAIS 6/6 H

13

CG

14

AMPICILINA 2G EV 6/6 H (INICIO 21/06/2019)

15

16

17

18

19

20

STV

manhã

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

24h

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

STV

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE EM GLASGOW 15, PIFR SEM DEFICIT'S. SOLICITADO EXAMES LABORATORIAIS/ RX TORAX E ELETROCARDIOGRAMA

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 100-250 2UI; 251-300 4UI; 301-350 6UI; 351-400 8UI; ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 D/LML GLICOSE 80% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

06h PA: 104/66 FC: 73

	PA	FC	FR	TEMP
6 H	104/66	74	36,8	
12 H	130/85	70	36,6	
18 H				
24 H	117/72	80	-	

Dr Fabrício Freitas de Almeida
Neurocirurgião
CRM - RR: 1407

2.06.19 18h - Paciente tranquilo, no leito, verbalizando orientado, com acesso venoso mantido, sem queixas até o momento. Administrado medicação c.p.m e segue as cuidados da enfermagem.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO

17/06/2019

DN

02/03/1942

PACIENTE

RAIMUNDO COSTA LOPES

DIAGNÓSTICO

HSDC F.T.P. DIREITO

ALERGIAS

N.D.N.

IDADE

77 ANOS

LEITO

119-3

DATA

25/jun/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA GERAL, JEJUM APÓS AS 22:00 H

2

ACESSO SOROLIZADO

3

SFO,9% 500ML EV ACM

4

DIPIRONA 1 AMPOLA EV 6/6 H

5

PARACETAMOL 500MG 1 COMP VO 6/6 H INTERCALADO COM ITEM 4

6

TRAMADOL 50MG SFO,9% 100ML EV 6/6 H INFUNDIR EM 1 HORA

7

NAUSEDRON 8MG EV 8/8 H SE NAUSEAS OU VÔMITOS

8

PLASIL 10MG + SFO,9% 100ML EV 8/8 H S/N NA FALTA DO ITEM 7

9

TRAMADOL 50MG 1 COMP VO 6/6 H S/N NA FALTA DO ITEM 5

10

CABECEIRA ELEVADA 45°

11

REPOUSO NO LEITO

12

SINAIS VITAIS 6/6 H

13

CG

14

AMPICILINA 2G EV 6/6 H (INICIO 21/06/2019)

15

16

17

18

19

20

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE EM GLASGOW 15, PIFR SEM DEFICIT'S. SOLICITADO EXAMES LABORATORIAIS/ RX TORAX E ELETROCARDIOGRAMA

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA
REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 100-250;
2UI: 251-300; 4UI: 301-350; 6UI: 351-400; 8UI: ≥ 400; 10
UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML
EVE AVISAR REANONISTA

PA

FC

FR

TEMP

6 H

112/70

80

12 H

120/80

58

18 H

118/83

84

24 H

112/80

90

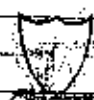
36,1

35,9

Dr Fabrício Freitas de Almeida
Neurocirurgião
CRM - RR : 1407

Paciente no leito estável
indicado conforme na prescrição
medica e sinais vitais
e segue em Unidade de Cuidados
+03/932.

119-3



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



PRESCRIÇÃO MEDICA

DATA DE ADMISSÃO		17/06/2019		DN	02/03/1942	
PACIENTE	RAIMUNDO COSTA LOPES					
DIAGNÓSTICO	HSDC F.T.P. DIREITO					
ALERGIAS	N.D.N.					
IDADE	77 ANOS	LEITO	119-3	DATA	26/jun/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA GERAL, JEIUM APÓS AS 22:30 H					9h
2	ACESSO SOROLIZADO					MANUT
3	SF0,9% 500ML EV ACM					ACM
4	DIPIRONA 1 AMPOLA EV 6/6 H					12:30 21:00 06:00
5	PARACETAMOL 500MG 1 COMP VO 6/6 H INTERCALADO COM ITEM 4					10:30 22:00 04:00
6	TRAMADOL 50MG SF0,9% 100ML EV 6/6 H INFUNDIR EM 1 HORA					
7	NAUSEDRON 8MG EV 6/8 H SE NAUSEAS OU VOMITOS					9h
8	PLASIL 10MG SF0,9% 100ML EV 8/8 H S/N NA FALTA DO ITEM 7					9h
9	TRAMADOL 50MG 1 COMP VO 6/6 H S/N NA FALTA DO ITEM 5					08:30 19:00 22:00 02:00
10	CABECEIRA ELEVADA 45°					MANUT
11	REPOUSO NO LEITO					
12	SINAIS VITAIS 6/6 H					9h
13	CG					9h
14	AMPICILINA 2G EV 6/6 H (INICIO 21/06/2019)					12:30 22:00 06:00
15						
16						
17						
18						
19						
20						

EVOLUÇÃO MEDICA:

PACIENTE EM GLASGOW 15, PIFR SEM DEFICIT'S. SOLICITADO EXAMES LABORATORIAIS/ RX TORAX E ELETROCARDIOGRAMA

Dr. Fábio Freitas de Almeida
Neurocirurgião
CRM - RR : 1407

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML; GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

	PA	FC	FR	TEMP
6 H	140/76	73		36,5
12 H	140/100	102	21	36,5
18 H	130x80	88		36,6
24 H	120/90	84		36,6

Dr. Fábio Freitas de Almeida
Neurocirurgião
CRM - RR : 1407

12:45 pontos no vit
p/ 20 minutos por
119/110
Fábio Freitas de Almeida
Neurocirurgião
CRM - RR : 1407

119-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO	17/06/2019	DN	02/03/1942
PACIENTE	RAIMUNDO COSTA LOPES		
DIAGNÓSTICO	HSDC F.T.P. DIREITO		
ALERGIAS	N.D.N.		
IDADE	77 ANOS	LEITO	119-3
DATA	28/jun/2019		
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA GERAL, JEIUM APÓS AS 22:00 H		SNV
2	ACESSO SOROLIZADO		MANUTER
3	SF0,9% 500ML EV ACM		MANUTER
4	DIPIRONA 1 AMPOLA EV 6/6 H		12:18 21/06
5	PARACETAMOL 500MG 1 COMP VO 6/6 H INTERCALADO COM ITEM 4		10:16 22/06
6	TRAMADOL 50MG SF0,9% 100ML EV 6/6 H INFUNDIR EM 1 HORA		
7	NAUSEDRON 8MG EV 8/8 H SE NAUSEAS OU VÔMITOS		
8	PLASIL 10MG + SF0,9% 100ML EV 8/8 H S/N NA FALTA DO ITEM 7		
9	TRAMADOL 50MG 1 COMP VO 6/6 H S/N NA FALTA DO ITEM 5		08:14 20/06
10	CABECEIRA ELEVADA 45°		MANUTER
11	REPOUSO NO LEITO		MANUTER
12	SINAIS VITAIS 6/6 H		
13	CG		
14	AMPICILINA 2G EV 6/6 H (INÍCIO 21/06/2019)		12:18 21/06
15			
16			
17			
18			
19			
20			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE EM GLASGOW 15, PIFR SEM DEFICIT'S. SOLICITADO EXAMES LABORATORIAIS/ RX TORAX E ELETROCARDIOGRAMA

SE DIABÉTICO, CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110x73	79		36°C
12 H	132x84	89		35,8°C
18 H	124x83	89		35°C
24 H	108x60	75		36,2

Dr Fabrício Freitas de Almeida
Neurocirurgião
CRM - RR : 1407

12h → Pet. no leito, adom. medicação com, aferido SSV

Isaías Santos de Silva
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 903805-TE

Márcio Tiago de O. Barros
Neurocirurgião
CRM-RR 1498

18:00h: Adom. medicação C.P.M. SSV, monitorados.

Isaías Santos de Silva
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 903805-TE



NOME: Raimundo Costa Lopes (119-3) SEXO: M
IDADE: Data de nascimento:
DATA DO EXAME: 08-07-19
MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Simao

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Protocolo

Exame realizado sem a injeção do meio de contraste.

Relatório

EXAME REALIZADO EM CARÁTER DE URGENCIA

Hematoma subdural predominantemente hipodenso, frontoparieto a direita, adjacente à craniotomia prévia, com espessura de até 1.1cm, promovendo efeito compressivo sobre giros encefálicos adjacentes.

Tronco cerebral e cerebelo com morfologia e atenuação preservados.

Ausência de calcificações de aspecto patológico.

Linha média sem desvios significativos.

Não caracteriza-se coleções ou massas intra ou extra-axiais, respeitadas as limitações do método.

Boa Vista,
Data do relatório: 08/07/2019

Dr. Jean Carlos Medeiros
CRM - 1279/RR
Diagnóstico por Imagem

119-3

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA							
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		17/jun/2019		DN	02/mar/1942		
PACIENTE		RAIMUNDO COSTA LOPES					
DIAGNÓSTICO		HSDC F.T.P. DIREITO					
ALERGIAS		N.D.N.					
IDADE		77 ANOS		LEITO	119-3		DATA
ITEM		PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	Dieta oral livre						SND
2	ACBSO SOROLIZADO						manter
3	SFO,9% 500ML EV ACM						ACM
4	DIPIRONA 1 AMPOLA EV 6/6 H						22:28:00 06/06/19
5	PARACETAMOL 500MG 1 COMP VO 6/6 H INTERCALADO COM ITEM 4						20:28:00 06/06/19
6	TRAMADOL 50MG SFO,9% 100ML EV 6/6 H INFUNDIR EM 1 HORA						NTE
7	NAUSEDRON 8MG EV 8/8 H SE NAUSEAS OU VOMITOS						SN
8	PLASII 10MG + SFO,9% 100ML EV 8/8 H S/N NA FALTA DO ITEM 7						SN
9	TRAMADOL 50MG 1 COMP VO 6/6 H S/N NA FALTA DO ITEM 5						SN
10	CABECEIRA ELEVADA 45°						manter
11	REPOUSO NO LEITO						manter
12	SINAIS VITAIS 6/6 H						Volunt
13	LOSARTAN 50MG VO 1X AO DIA						08
14							
15	SE DIABÉTICO CORRER COM INSULINA REGULAR						SN
16							
17							
18							
19							
20							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente encontra-se GCS 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, movimenta os 4 segmentos. TC-cranio dia 30.06 revela hematoma residual em região temporal posterior direito. CD: Avaliar nova TC solicitada dia 08.07.19

	PA	FC	FR	TEMP.
6 H	100x90	85		36.2
12 H	150x95	94	17	36.6
18 H	120x70	82		36.6
24 H	120x80	79		35.9

12:00h. Gerido SSU/Adm. as med. com

Carla Tereza de Jesus
Enfermeira

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



EVOLUÇÃO DE FONOAUDIOLOGIA

DATA

EVOLUÇÃO

Palmeiro Costa Lopes

19/3

Relatório de exame

12/07/2018

Neurocirurgia

Clínica Médica

palpitações e dor
precordial em paciente
operado de aneurisma

12/07/2018

Conversei com o paciente e seus familiares que se mantêm cooperativos ao exame. O mesmo refere que há 20 dias tem sofrido angústia e palpitações que refer como "o coração no peito".
Nega precordialgia e dor que as palpitações de momento quando passaram no acidente e em q que tem uma sensação opressiva muito em sua vida (ex: noite, durante familiares, jogos, etc).
Refere HAS com tratamento regular até 10 anos atrás, em uso de losartano. No momento não regularmente seu atual SA.
Nega episódios anteriores.
No momento não os sintomas. Há na corar latência de 100 bpm durante a conversa.
- Col: Sólido normo-ECG (último de 18/10) e coronária.
- X que o exame clínico e cardíaco é dentro da normalidade e não há evidências de causas orgânicas para tal.
- Sinais precordiais normais.
Sólido apenas fisiológico - como se ver (Estudo pré-torácico?)
X dispensar

Dr. MARIO J. SANTACRIS
Neurocirurgião
CRM-RR 372

Camila Florio
Clínica Médica
12-07-2018

119-3

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA								
DATA DE ADMISSÃO			17/jun/2019		DN	02/mar/1942		
PACIENTE			RAIMUNDO COSTA LOPES					
DIAGNÓSTICO			HSDC F.T.P. DIREITO					
ALERGIAS			N.D.N.					
IDADE			77 ANOS		LEITO	119-3		
ITEM			PRESCRIÇÃO		DATA			
					15/jul/2019			
1	Dieta oral livre					HORÁRIO		
2	ACESSO SOROLIZADO					SND		
3	SF0,9% 500ML EV ACV					manter		
4	DIPIRONA 1 AMPOLA EV 6/5 H					SND		
5	PARACETAMOL 500MG I COMP VO 6/6 H INTERCALADO COM ITEM 4					SND		
6	TRAMADOL 50MG SF0,9% 100ML EV 6/6 H INFLUNDIR EM 1 HORA					SND		
7	NAUSEDRON 8MG EV 8/8 H SE NAUSEAS OU VÔMITOS					SND		
8	PLASIL 10MG + SF0,9% 100ML EV 8/8 H S/N NA FALTA DO ITEM 7					SND		
9	TRAMADOL 50MG I COMP VO 6/6 H S/N NA FALTA DO ITEM 5					SND		
10	CABECHEIRA ELEVADA 45°					SND		
11	REPOUSO NO LEITO					manter		
12	SINAIS VITAIS 6/6 H					manter		
13	LOSARTAN 50MG VO 1X AO DIA					manter		
14						08		
15	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA					SU		
16	REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250							
17	2UI; 251-300; 4UI; 301-350; 6UI; 351-400; 8UI; ≥ 400; 10							
18	UIE OU GLICOSE ≤ 70 mg/dL; GLICOSE 50% 40 mL							
19	EV AVISAR PLANTONISTA							
20								

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#####

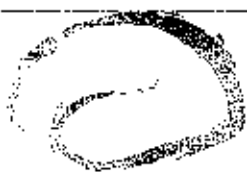
	PA	FC	FR	TEMP
6 H	130x80	90	-	36.0c
12 H	128x77	92		35.5c
18 H				
24 H	100x70	83		36.0c

sem AUP

07.13h - Paciente no leito, LOTE, sem queixas, sem acesso e mesmo recurso. Segue às cuidados de equipe.

Kely
Kerany S. Vasconcelos
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 1.248.368

Dr. SANTACRUZ
CRM-RR 874



NEUROLOGIA

Ruy Guilherme Souza

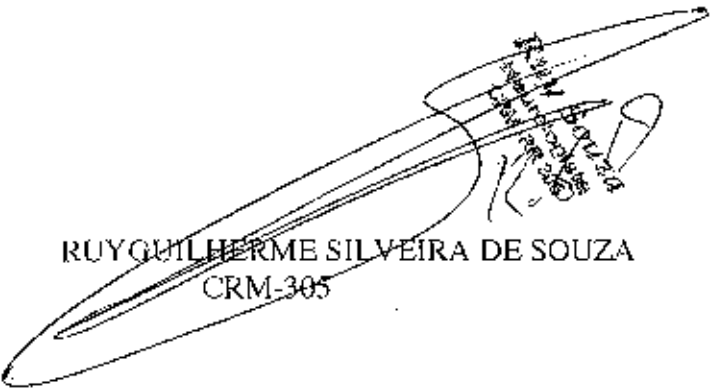
CRM-RR 305

PARA: Raimundo Lopes

SOLICITO:

1-RNM de Crânio (sem contraste)

69 anos. TCE em 28.4.19. Controle para coleção sub dural D e
contusão temporal E



RUYGUILHERME SILVEIRA DE SOUZA
CRM-305

Clinica CCR-Av.Ville Roy, 6529. Tel-3224-7999
Contatos: 81143100, 91469931

**Prefeitura Municipal de Boa Vista**

Rua Coronel Pinto, 188

Centro - BOA VISTA - RR CEP: 69301-150

CNPJ: 05.943.030/0001-55

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica

Número da Nota

00009543

Data e Hora de Emissão

13/06/2019 15:43:17

Data do Fato Gerador

13/06/2019

Código de Verificação

AJEYAPE-IZAJIT**Dados do(s) Serviço(s)**

Exigibilidade do ISS / Natureza da Operação

Exigível

Local de Prestação

BOA VISTA/RR - BRASIL

Local da Incidência

BOA VISTA/RR**Prestador do(s) Serviço(s)**Nome/Razão Social: **CENTRO CLINICO RADIOLOGICO S/C LTDA**

Nome Fantasia:

Endereço:

AV VILLE ROY, 6529**CENTRO BOA VISTA - RR CEP: 69301-068**

CPF/CNPJ:

22.895.445/0001-10Insc. Municipal: **0062502**

Telefone:

(95) 3224-7999

E-mail:

clinicaeccrx@hotmail.com**Tomador do(s) Serviço(s)**Nome/Razão Social: **RAIMUNDO COSTA LOPES**

Nome Fantasia:

Endereço:

AV TANCREDO NEVES, S/N**SUELÂNDIA RORAINÓPOLIS - RR**

CPF/CNPJ:

145.648.232-72

Insc. Municipal:

Telefone:

(95) 9141-4455

E-mail:

Discriminação do(s) Serviço(s)**NFE REFERENTE AO EXAME DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO.**

Classificação do Serviço (LEI 116/2003)

04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiol.

Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE 2.1)

8640299 - Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica não especificadas anteriormente

Valor do(s) Serviço(s)	Valor Dedução	Desconto Incondicionado	Base de Cálculo ISS
1.159,00	0,00	0,00	1.159,00
Alíquota ISS (%)	Valor do ISS	Valor ISS Retido	Desconto Condicionado
5,00	57,95	0,00	0,00

Retenções Federais

Imposto de Renda	PIS	COFINS	CSLL	IRSS	Outras Retenções
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Total

Total do(s) Serviço(s)	Total Líquido
1.159,00	1.159,00

Outras Informações

Valor aproximado dos tributos com base na Lei 12.741/2012 - R\$ 213,84 - (18,45%) - Fonte: IBPT



ESTADO DE RORAIMA
GOVERNO DO RORAIMA

Paciente: Raimundo Costa Lopes

Solicitação: 20103995

Número Interno: 1901124211

Sexo: Masculino

Nasc: 02/03/1942

Idade: 77 ANO

Origem: HGR

Solicitante:

Setor: PAAR

Leito: SALA DE COLETA

Data de Emissão: 17/06/2019 17:48

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 2010399501

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	6.18 x10 ⁹ /uL	4.0 - 10.0 x10 ⁹ /uL
NEUTRÓFILOS	56.50 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	34.90 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	5.00 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	3.30 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.30 %	0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4.58 x10 ⁶ /uL	4.32 - 5.52 x10 ⁶ /uL
HEMOGLOBINA	14.50 g/dL	13.5 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	42.70 %	40.0 - 50.0 %
VCM	93.30 ug/L	87.0 - 103.0 ug/L
HCM	31.70 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	33.90 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	11.30 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	47.10 fL	35.0 - 58.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	164.00 x10 ⁹ /uL	150.0 - 400.0 x10 ⁹ /uL
VPM	10.10 fL	6.5 - 12.0 fL
ADP	16.50	9.0 - 17.0
PCT	0.166 %	1.08 - 2.82 %

JR

Tratiane Reis
Farmacêutica - Bioquímica
CRF-RR 107

Responsável Técnico: Reinaldo Eduardo Costa Júnior - Responsável Técnico - CRF - RR 122

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

18/06/2019 12:59

(*) Retificado

Página 1 de 2



Hospital Geral de Roraima
0xx95 2121 0840
E-mail: hgr@hgroraima.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU
Secretaria de Saúde



GOVERNO
DO RORAIMA



ESTADO DO RIO GRANDE
LABORATÓRIO PATRIMÔNIO DOSSAÚDE FROS

Paciente: Raimundo Costa Lopes		Sexo: Masculino	Nasc: 02/03/1942	Idade: 77 ANO
Solicitação: 20103995	Número Interno: 1901124211	Solicitante:		
Origem: HGR		Setor: PAAR	Leito: SALA DE COIETA	
Data de Emissão: 17/08/2019 17:48		Recobimento:		
Resultado de Exame				

Traciene Reis
Farmacêutica - Bioquímica
CRF-RR 107

Responsável Técnico: Reinaldo Eduardo Costa Júnior - Responsável Técnico - CRF - RR 122
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

19/08/2019 17:39

1ª Retilcado
Página 2 de 2

D

09:11:06

81.4 %

D

RAIMUNDO COSTA LOPES
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
23/05/2019

42.248
Masculino
09/21/59

02/03/1942
TR LIMEIRA MAURO
420

[E]



RAIMUNDO COSTA LOPES
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
29/05/2019

42.248
Masculino
09:21:59

02/03/1942
TRILMEIRA MAURO
400



[043.567.992-94]

12/12/2019



Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

043.567.992-91

Nome

RAIMUNDO COSTA LOPES

Nascimento

02/03/1942

CÓDIGO DE CONTROLE

0387.EDB0.FBDC.4BCB



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 12:38:01 do dia 12/12/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO OCELIO CRUZ



Polgar direito



Raimundo Nonato Silva

ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL
357035-5

NOME
RAIMUNDO NONATO SILVA

FILIAÇÃO

YANGELINA PEREIRA SILVA

NATURALIDADE

VARGEM GRANDE - NA

DOC. CONJUNTO

CERTO NASC 2560 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE-NA

CPF

475.628.463-91

3 VTA

AMADEU ROCHA TRIANI
PREFEITO MUNICIPAL
Suplente de Prefeito

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

P 7

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
DATA DE EXPIRAÇÃO
28/01/2016

DATA DE NASCIMENTO
15/09/1968

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466905/19

Vítima: RAIMUNDO COSTA LOPES

CPF: 043.567.992-91

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/04/2019

Titular do CPF: RAIMUNDO COSTA LOPES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declarção de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

RAIMUNDO COSTA LOPES : 043.567.992-91

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/12/2019

Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA

CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/12/2019

Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190718052

Cidade: Rorainópolis

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RAIMUNDO COSTA LOPES

Data do acidente: 28/04/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, ALTERAÇÃO DE MEMORIA, RESPOSTAS LENTAS, IMPACIENCIA, ROOMBERG POSITIVO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU TRAUMATISMO CRANIANO E FOI SUBMETIDA A CRANIOTOMIA COM DRENAGEM DE HEMATOMA, EVOLUIU COM ATAXIA E LENTIDÃO MENTAL PROGRESSIVA. EM ACOMPANHAMENTO POR TEMPO INDETERMINADO COM NEUROLOGISTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL EM LEVE DE SISTEMA NERVOS CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU LEVE DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190718052 **Cidade:** Rorainópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO COSTA LOPES **Data do acidente:** 28/04/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, ALTERAÇÃO DE MEMÓRIA, RESPOSTAS LENTAS, IMPACIÊNCIA, ROOMBERG POSITIVO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU TRAUMATISMO CRANIANO E FOI SUBMETIDA A CRANIOTOMIA COM DRENAGEM DE HEMATOMA, EVOLUIU COM ATAXIA E LENTIDÃO MENTAL PROGRESSIVA. EM ACOMPANHAMENTO POR TEMPO INDETERMINADO COM NEUROLOGISTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL EM LEVE DE SISTEMA NERVOS CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU LEVE DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190718052 **Cidade:** Rorainópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO COSTA LOPES **Data do acidente:** 28/04/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO
HEMATOMA SUBDURAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- CRANIOTOMIA- DRENAGEM DE HEMATOMA (P.14)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190718052 **Cidade:** Rorainópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO COSTA LOPES **Data do acidente:** 28/04/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO
HEMATOMA SUBDURAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- CRANIOTOMIA- DRENAGEM DE HEMATOMA (P.14)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190718052
Nome do(a) Examinado(a):	RAIMUNDO COSTA LOPES
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA VICENTE FIGUEIRA DE MELO 117 CAMBARÁ
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	043.567.992-91
Data e local do acidente:	28/04/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 06/01/2019

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO COM CONSEQUENTE TRAUMATISMO CRANIANO

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ CRANIOTOMIA COM DRENAGEM DE HEMATOMA - EVOLUIU COM ATAXIA + LENTIDÃO MENTAL PROGRESSIVA- EM ACOMPANHAMENTO POR TEMPO INDETERMINADO COM NEUROLOGISTA

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

SNC: ALTERAÇÃO DE MEMORIA, RESPOSTAS LENTAS, IMPACIENCIA, ROOMBERG POSITIVO

IV) Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

SNC: ALTERAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MODERADO

VII) Segundo 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Região Corporal (Sequela): SISTEMA NERVOSO CENTRAL

% do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) .* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466905/19

Vítima: RAIMUNDO COSTA LOPES

CPF: 043.567.992-91

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAIMUNDO COSTA LOPES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

RAIMUNDO COSTA LOPES : 043.567.992-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/12/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190718052

Vítima: RAIMUNDO COSTA LOPES

Data do Acidente: 28/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDO COSTA LOPES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190718052

Vítima: RAIMUNDO COSTA LOPES

Data do Acidente: 28/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RAIMUNDO COSTA LOPES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190718052

Vítima: RAIMUNDO COSTA LOPES

Data do Acidente: 28/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAIMUNDO COSTA LOPES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano

cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: RAIMUNDO COSTA LOPES

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000004252

Conta: 0000011144-2

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 043-567-992-91 3 - CPF da vítima: 043-567-992-91 4 - Nome completo da vítima: Raimundo Costa Lopes

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

5 - Nome completo: Raimundo Costa Lopes 6 - CPF: 043-567-992-91

7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Vicente F. Melo 9 - Número: 112 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CAMBARA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-472

15 - E-mail: monatosilva638@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 957 991144021

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, TUTOR, CURADOR)

☒ 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: 4252 CONTA: 11144 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado(a) Civil ☐ Divorçado(a) ☐ Separado(a) judicialmente ☐ Viúvo ☐ Beneficiário(a)

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: ☐ Falecidos: ☐ 30 - Vítima deixou nascituro (filho menor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Falecidos: ☐ 33 - 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.

34

Assinatura da vítima ou do representante legal, se não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista 12/12/19

Raimundo Costa Lopes
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Raimundo Monato Silva
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE RORAINÓPOLIS
"Seu primeiro instrumento de cidadania"



BOLETIM DE OCORRÊNCIA:

737/19

DATA: 28/04/2019

HORA: 10:14

568668

ATENDENTE: Lúcio Mauro
ROP PM 2019235

DELEGADO (A) TITULAR:

CID GUIMARÃES

DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA

DATA: 28/04/2019

LOCAL: Av. Airton Sena, nº 3663, Suelândia.

HORA:

DADOS DA VÍTIMA

NOME: Raimundo Costa Lopes (Cel. 99541
4455)

RG: 34.200/RR

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE: 77 anos

SEXO: Masculino

NACIONALIDADE:

CIDADE:

UF:

PAI:

MAE:

CNH

GRAU DE ESCOLARIDADE:

ENDEREÇO: Av. Tancredo Neves, s/n, Suelândia

REFERÊNCIA

TELEFONE

DADOS DO ENVOLVIDO

NOME: Jhones Michael Melgueiro de Queiroz

RG: 459756-7/RR

CPF: 048.696.512-03

DATA DE NASCIMENTO: 21/12/2000

IDADE: 18 anos

SEXO: Masculino

NACIONALIDADE: Brasileira

CIDADE: São Luiz do Anauá

UF: RR

PAI: Dione Bertoso de Queiroz

MAE: Micheline pereira Melgueiro

CNH

GRAU DE ESCOLARIDADE:

ENDEREÇO: Rua D, s/n, Planalto - Rorainópolis

REFERÊNCIA

TELEFONE 991416195

CODIGO

INFRAÇÃO

DESCRIÇÃO

1001

Trânsito

Acidente de trânsito com vit. Lesão corporal

BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado, foi conduzido a esta Delegacia o nacional JHONES MICHAEL, pois o mesmo se envolveu em acidente de trânsito o qual teve como vítima o senhor RAIMUNDO COSTA, conforme o ROP PM 2019235 JHONES pilotava a motocicleta uma motocicleta quando inesperadamente o senhor RAIMUNDO atravessou a via, sem observar o trânsito, o condutor não conseguiu frear e o atropelou causando lesão na cabeça e corpo, sendo encaminhado para o hospital de Rorainópolis.

Lúcio Mauro C. Gomes

AGENTE DE POLÍCIA

MAT 42000637

ROP PM 2019235
COMUNICANTE

DESPACHO

- () Fato atípico, archive-se. () Intimar Comunicante () Ao S. I. para providências
() Intimar as partes () Aguardar audiência () Aguardar novos fatos ou representação
() Elabore-se _____ art(s) _____
() Encaminhe para outra(s) providencia(a): _____

Intimado para dia ____/____/____ as ____:____

Testemunhas:

Delegado(a) de Polícia Civil

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL - ROP

PM

Nr ROP

2019235

RR



Data: 28/04/2019 Unidade: 3CIPM Localidade: RORAINÓPOLIS Vtr: FT 02 Kmi: 51370 KmF: 51376 H Inicial: 08H25 H Final: 10H35 Cod Ocor: 1001 CodProv: 13009 Cod servPrest:

LOCAL DA OCORRÊNCIA

End: AV AIRTON SENNA N: 3663 Bairro: SUELANDIA Referência: PIZZARIA REAL

PESSOAS RELACIONADAS

Envolvido	Nome: JHONES NICHAEEL NELGUEIRO DE QUEIROZ	Idade: 18	Estado Civil: SOLTEIRO
1 Endereço: RUA D	Nr: S/N	Bairro: PLANALTO	Cidade: RORAINÓPOLIS UF: RR
Profissão:	RG: 459.756-7	SSP: RR	CPF: CNH: Cat:
Vítima	Nome: RAIMUNDO COSTA LOPES (95414455)	Idade: 77	Estado Civil: CASADO
2 Endereço: AV TANCREDO NEVES	Nr: S/N	Bairro: SUELANDIA	Cidade: RORAINÓPOLIS UF: RR
Profissão: APOSENTADO	RG: 34.200	SSP: RR	CPF: CNH: Cat:
3	Nome:	Idade:	Estado Civil:
Endereço:	Nr:	Bairro:	Cidade: UF:
Profissão:	RG:	SSP:	CPF: CNH: Cat:
4	Nome:	Idade:	Estado Civil:
Endereço:	Nr:	Bairro:	Cidade: UF:
Profissão:	RG:	SSP:	CPF: CNH: Cat:
5	Nome:	Idade:	Estado Civil:
Endereço:	Nr:	Bairro:	Cidade: UF:
Profissão:	RG:	SSP:	CPF: CNH: Cat:

ARMAS, OBJETOS E VALORES RELACIONADOS:

HISTÓRICO:

Senhor delegado, em patrulhamento em Rorainópolis, fomos acionados por nossa central 190, para atender ocorrência de acidente de trânsito com vítima. Que ao chegarmos no local constatamos a veracidade das informações, onde encontramos o senhor Raimundo caído ao chão e com lesões na cabeça, cortes na orelha direita, cotovelo direito e um hematoma na cabeça acima do olho direito, que o mesmo estava consciente, mas sem respostas as perguntas que fizemos. Que o envolvido de nome Jhones Michael, informou que vinha na Av Ailton Senna sentido bairro - BR 174, quando a vítima entrou na via sem observar o trânsito, momento que tentou desviar e não conseguiu, vindo a colidir com a vítima e que o condutor veio a cair logo a frente. Que acionamos o SAMU e em alguns minutos chegaram no local e prestaram os primeiros socorros a vítima e conduzindo ao Hospital Regional de Rorainópolis. Que o condutor não é habilitado e devido isso foi tomado as medidas administrativas pelo perigo de dano, conforme Auto de Infração nº 016848. Que deslocamos ao Hospital e constatamos que a vítima estava sendo suturada e logo após deveria ser conduzida à Boa Vista para procedimentos médicos mais específicos. Que conduzimos o envolvido a esta DPC, respeitando todos os seus direitos e garantias constitucionais, bem como foi conduzido sem o uso de algemas. Que devido aos fatos ora relatados apresento a parte envolvida para as medidas cabíveis.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 13/08/2019

Em tempo: da primeira vez que o senhor Raimundo foi conduzido ao local do acidente, para análise no local.

RELATOR

Posto/Grad: Nome Completo: ALDERMÁRIO HONORATO DE SOUZA Matrícula: 47000604 Lotação: 2 PEL PM FT Assinatura:

ST QPPM

RECEBIMENTO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 043-567-992-91 3 - CPF da vítima: 043-567-992-91 4 - Nome completo da vítima: Raimundo Costa Lopes

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

5 - Nome completo: Raimundo Costa Lopes 6 - CPF: 043-567-992-91

7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Vicente F. Melo 9 - Número: 112 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CAMBARA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-472

15 - E-mail: monatosilva638@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 957 991144021

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

☒ 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: 4252 CONTA: 11144 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado(a) Civil ☐ Divorçado(a) ☐ Separado(a) judicialmente ☐ Viúvo ☐ Beneficiário(a)

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: ☐ Falecidos: ☐ 30 - Vítima deixou nascituro (filho menor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Falecidos: ☐ 33 - 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.

34

Nome e endereço completo da testemunha não alfabetizada:

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista 12/12/19

Raimundo Costa Lopes
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Raimundo Monato Silva
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 14/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO COSTA LOPES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04252

CONTA: 000000011144-2

Nr. da Autenticação 9E34482F90FD55A3



Para contato
consulte o número
este número

SEU CÓDIGO

0110230-3

Rorima Energia S.A.
Av. Capitão Elio Garcia, 691 - Centro - Ribeirão Preto - SP
CEP: 13.041-970 (0800-44) 1111 - Fone: (16) 3333-1111
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela DEPAZ 20013

Nº do Medidor

002907874

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE, foi criada
pelo Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002.

CONTAMINADO	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	06/06/2019	539	444,75

LIELTON LIMA DE VASCONCELOS
R. VICENTE F MELO 117 CAMBARÁ
CPF: 00052913945287
CEP: 69.313-472 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.02.032600

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Anterior	38291	Atual	21/05/2019
Atual	37752	Anterior	18/04/2019
Coeficiente de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	18/06/2019
Consumo Medido	539	Emissão	20/05/2019
Consumo Faturado	539	Apresentação	21/05/2019

NORMAL

33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Nome da Unidade	Light	Número Medidor	Endereço	Código Fisco	Medida 12 meses

RESIDENCIAL TRI F2907223 N 1521964 1.1.1.3 424

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
ABR/19 677	CONSUMO 539 A R\$ 0,764602 = 412,12
MAR/19 555	ILUMINACAO PUBLICA 32,63
FEV/19 328	
JAN/19 281	
DEZ/18 311	
NOV/18 493	
OUT/18 493	
SET/18 385	
AGO/18 401	
JUL/18 311	
TARIFAS E OUTROS TRIBUTOS:	
0 A 539 - 0,604520	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09).
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 20/05/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO AO FISCO C643.6F00.A051.029F.CF13.6		IEE6
COMPOSIÇÃO DA CONTA R\$	VALORES TRIBUTOS R\$	
Distribuição 105,88	Base de Cálculo 412,12	
Energia 224,52	Alíquota ICMS 17,00%	
Transmissão 0,00	Valor do ICMS 70,06	
Carregos 11,66	Valor do PIS 0,00	
Tributos 70,06	Valor do COFINS 0,00	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
1,58 3,00 0,98
FLORESTA 03/2019 182,09

MÊS/ANO: 07/2019

VENCIMENTO: 15/08/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAINUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM. 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	15437802
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
06/06/2019	04/07/2019	28	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
06/2019	0	05/2019	0	04/2019	0
03/2019	0	02/2019	0	01/2019	0

DESCRIÇÃO

CONSUMO POR FAIXA

VALORES (R\$)

ÁGUA

ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA

MULTA P/IMPONTUALIDADE

05/2019

0 M3

23,83

19,06

0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	07/2019	17	43,74	05.1970

82600000000-8 43740004001-4 00099358101-6 07201930003-6



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 2212 (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/biblioteca/web/docoriginal.asp?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Raimundo Costa Lopes inscri (a) no CPF sob o Nº 043.567.992/91 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDA da Vítim Raimundo Costa Lopes inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.567.992-91 conform determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatório

☒ 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		Número	Complemento
Rua: 05		121	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Cidade Satélite	Boa Vista	RR	69.317-471
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
nonatosilva638@gmail.com			(95) 99114-4021

Boa Vista, RR de Dezembro de 19
Local e Data

Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante