

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2686712120200413104503

Processo 0809116-53.2020.8.23.0010 ☆ - (20 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 11783 - Citação
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

Ocultar Movimentos:

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

Sequencial(Intervalo):

ao

Data do Movimento(Período):

à

Descrição:

15 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 15

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
⊖ 15	13/04/2020 10:45:03	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
15.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2710595CONTESTACAO01.pdf	Público
15.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2710595CONTESTACAOAnexo021.pdf	Público
15.3	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2710595CONTESTACAOAnexo022.pdf	Público
15.4	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2710595CONTESTACAOAnexo023.pdf	Público
15.5	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
14	11/04/2020 00:00:07	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA) em 04/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 9) CONCEDIDO O PEDIDO (30/03/2020) e ao evento de expedição seq. 10.	SISTEMA CNJ
⊕ 13	08/04/2020 14:25:58	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
12	02/04/2020 23:41:41	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 04/05/2020 referente ao evento de expedição seq. 11.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
⊕ 11	31/03/2020 00:19:09	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA Analista Judiciário
10	31/03/2020 00:18:09	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 9) CONCEDIDO O PEDIDO (30/03/2020)	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA Analista Judiciário
⊕ 9	30/03/2020 21:30:49	CONCEDIDO O PEDIDO	JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado
8	26/03/2020 15:04:18	CONCLUSOS PARA DESPACHO Responsável: JARBAS LACERDA DE MIRANDA	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA Analista Judiciário
7	24/03/2020 12:49:26	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
⊕ 6	24/03/2020 12:49:26	REDISTRIBUÍDO POR SORTEIO EM RAZÃO DE INCOMPETÊNCIA 4ª Vara Cível	WALLISON LARIEU VIEIRA Distribuidor
5	24/03/2020 12:49:25	MUDANÇA DE CLASSE PROCESSUAL DE CARTA PRECATÓRIA PARA PROCEDIMENTO ORDINÁRIO	WALLISON LARIEU VIEIRA Distribuidor
4	24/03/2020 12:13:47	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Redistribuição	Fabiano Talamas de Azevedo Analista Judiciário
⊕ 3	23/03/2020 16:51:21	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
2	23/03/2020 16:51:21	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO Núcleo de Crise - Competência Cível - Comarca de origem: BOA VISTA	SISTEMA CNJ
⊕ 1	23/03/2020 16:51:21	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim Dos Santos Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08091165320208230010

SÚMULA 474 STJ: “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **20/04/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **20/04/2018**.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

⁷ art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 25 de março de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08091165320208230010.

Rio de Janeiro, 25 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180349316 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GUSTAVO BRUNO DA SILVA **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
BEZERRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM PATELA ESQUERDA
FRATURA EXPOSTA EM TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SEGURADO COM PERSPECTIVA DE TRATAMENTO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA. NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES NO MOMENTO QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180349316 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GUSTAVO BRUNO DA SILVA **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
BEZERRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM PATELA ESQUERDA
FRATURA EXPOSTA EM TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SEGURADO COM PERSPECTIVA DE TRATAMENTO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA. NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES NO MOMENTO QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO ESTADO



Polígrafo Direto

Gustavo Bruno da S. Bezerra
ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

344881-8

30/04/2016

GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

RILSON COSTA BEZERRA

MARIA DA CONCEIÇÃO FÁBIO DA SILVA

BOA VISTA - RR

CENTO NASC 14/04/1978 FLS 216 LIV A-028

2 - OF BOA VISTA-RR

001.903.203-40 - ALVARO MACHADO TELLES

2 - VTA

DATA DE VALIDADE: 15/07/1978

LEI Nº 7.116 DE 05/03/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



Gustavo Bruno da S. Bezerra

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 364881-8

DATA DE EXPIRAÇÃO 28/04/2016

NOME GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

FILIAÇÃO WILSON COSTA BEZERRA

MARIA DA CONCEIÇÃO FAUSTINO DA SILVA

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

DOC. ORDEM 001.983.252-40

CERTID. NASC 14.841 FLS 215 LIV A-025

2 - OF BOA VISTA-RR

DATA DE NASCIMENTO 15/09/1998

ANAGRAU ROCHA TRIANI

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

2 - VIA

13 JUL. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 011598472300
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 01 CDD RENAVAM 01048959098 RNTC 2016

NOME
NILSON COSTA BEZERRA
RR

QPF / CNP 382.589.942-04 PLACA NAU8145

PLACA ANT / UF CHASSI 9C2KD0800FR027792

ESPÉCIE / TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAU APLIC. COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/MXR160 BR05 ESD ANO PAR 2015 ANO MOD 2015

PAS / COR / LIT 2P/0162CC/ PARTÍCULO VERMELHA

COTA ÚNICA 1P 3PA603 VENC. COTA ÚNICA 2PA603 VENC. / COTAS 1º 33333333 2º 33333333 3º 33333333

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 1R\$1.11 2R\$292.01 22/12/2016

OBSERVAÇÕES
AL.FID. ADM DE CONS NACIONAL HONDA LTD E
PROIB SAIR DA AMAZON DCTS J

BOA VISTA 29/12/2016
Diretor-Presidente
DETRAN/RR

RR Nº 011598472300 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
382. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatSegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 29/12/2016

VA 01 QPF / CNP 382.589.942-04 PLACA NAU8145

RENAVAM 01048959098 MARCA / MODELO HONDA/MXR160 BR05 ESD

CHASSI 9C2KD0800FR027792

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS (R\$) 1R\$129.04 CUSTO DO SEGURO (R\$) 1R\$14.34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 1R\$143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 1R\$1.11 CUSTO DO BILHETE (R\$) 1R\$1.11 CUSTO DO BILHETE (R\$) 1R\$292.01

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE VIGÊNCIA 22/12/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.545.025/0001-04

www.lederseguradora.com.br

29/12/2017 09:00 PM RORAIMA - DEPAZ - DETRAN - Documento de Adesão -		Autenticação mecânica - Primeira vez ou em Uteis - Seguro DPVAT	
Estado de Roraima - DEPAZ - DETRAN - Documento de Adesão -		Exercício: 2017	Placa: NAU8145 Emissão: 29/12/2017
NILSON COSTA BEZERRA R CAUSE 89 HONDA/MXR160 BR05 ESD Ano Fabricação: 2015 9C2KD0800FR027792	Serviço Solicitado Licenciamento Anual 101,78 Total: 101,78	RENAVAM 01048959098 BASE CÁLCULO 0,00 ALÍQUOTA 0,00 % DEPRECIAÇÃO 0,00 VALOR IPVA 0,00	IPVA COTA ÚNICA: 04.100.625/458.3-2 SEGURO 01.100.000/000.0-0 LICENCIAMENTO 94.000.000/000.0-0
Débitos IPVA: Documento não quitou débitos anteriores			
VÁLIDO POR 30 DIAS, A CONTAR DA DATA DE AUTENTICAÇÃO DAS TAXAS, IPVA, LICENCIAMENTO E DPVAT ACOMPANHADO DO GREY DO ANO ANTERIOR			

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

13 III 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 011598472300

MA 01 COD RENOV 01048959098 ANULADO 2015

NOME
NILSON COSTA MEZERRA

RR

CHP / CNP 382.589.942-04 PLACA NAU8145

PLACA NET / UF 9C2KD0800FR027792

ESPÉCIE / TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAU APLIC. COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/HXR160 BRCS ESD ANO FAB 2015 ANO MOD 2015

PLAC / COTAC LPE 2P/0162CC/ PARTICU VERMELHA

I P V A	COTA ÚNICA	VENO. COTA ÚNICA	VENO. COTAS
	3PAGOS	3PAGOS	1* *****
			2* *****
			3* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$1.11 R\$292.01 DATA DE PAGAMENTO 22/12/2014

OBSERVAÇÕES
AL.FID. ADM DE CONS NACIONAL HONDA LTD *
PROIB SAIR DA AMAZON OCIS *

BOA VISTA *Francisco Assis da Silva* DATA 22/12/2014
Diretor-Presidente
DETRAN/RR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS RESPOSTAS CAUSADOS POR VEICULO DE AUTOMOTORES DE VIA TERRITRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 011598472300 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
382. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatSegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800-022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 29/12/2015

MA 01 CHP / CNP 382.589.942-04 PLACA NAU8145

RENOMIN 01048959098 MARCA / MODELO HONDA/HXR160 BRCS ESD

2015 9C2KD0800FR027792

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS (R\$)	CONTRAT (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$129.04	R\$14.34	R\$143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$)	CT (R\$)	VAL. A SERVIDO (R\$)
R\$4.15	R\$1.11	R\$292.01

PAGAMENTO	DATA DE COTAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	22/12/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

0104 08.548.8000-04
www.SeguradoraLider.com.br

13 JUL. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180475052 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GUSTAVO BRUNO DA SILVA **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
BEZERRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM PATELA ESQUERDA.
FRATURA EXPOSTA EM TORNOZELO ESQUERDO.
FRATURA DO 3º, 4º E 5º METATARSOS ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PARA O JOELHO, TORNOZELO E METATARSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA EM TRATAMENTO (FISIOTERAPIA), CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA, COM DATA DE 04/10/2018, EMITIDO PELO DR. LAEL DA SILVA, CRM Nº 2016, DO HOSPITAL PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA - GOVERNO DE RORAIMA, NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180475052 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GUSTAVO BRUNO DA SILVA **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
BEZERRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM PATELA ESQUERDA.
FRATURA EXPOSTA EM TORNOZELO ESQUERDO.
FRATURA DO 3º, 4º E 5º METATARSOS ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PARA O JOELHO, TORNOZELO E METATARSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA EM TRATAMENTO (FISIOTERAPIA), CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA, COM DATA DE 04/10/2018, EMITIDO PELO DR. LAEL DA SILVA, CRM Nº 2016, DO HOSPITAL PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA - GOVERNO DE RORAIMA, NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**

Nº Sinistro: **3180475052**

Vitima: **GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**

Data do Acidente: **20/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ILOIR INACIO DE SOUZA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180475052**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13461954



Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**

Nº Sinistro: **3180475052**

Vitima: **GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**

Data do Acidente: **20/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **ILOIR INACIO DE SOUZA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180475052**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **20/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

003 9453 252-40

Gustavo Bruno da S. Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Endereço

Bairro

E-mail

Gustavo Bruno da Silva Pereira

Rua. Calabe

Nova Canaã

idaim@hotmail.com

CPF titular da conta

003 9453 252-40

Número

84

Estado

Maranhão

Profissão

Autônomo

Complemento

Casa

CPF

003 24 - 402

Telefone (DDD)

94534-4242

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Banco do Brasil

NRO

001

AGÊNCIA

NRO

5076

DIV

8

CONTA

NRO

7.753

DIV

4

AGÊNCIA

NRO

(Informar dígito se existir)

DIV

CONTA

NRO

(Informar dígito se existir)

DIV

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boca Vista 09 de Maio de 2018
Local e Data

Gustavo Bruno da S. Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da vítima

Nome completo da vítima

003 943 252-40

Guilherme Bruno da S. Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Guilherme Bruno da Silva Pereira		CPF titular da conta 003.943.252-40	Profissão Autônomo
Endereço Rua Calabre		Número 54	Complemento Casa
Bairro Nova Canaã	Cidade Boa Vista	Estado Pernambuco	CEP 54.24 - 402
E-mail idorn@hotmail.com		Telefone (DDD) 81 3454-4252	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
BANCO Banco do Brasil	AGÊNCIA 5076	CONTA 7.353	NÚMERO 001
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista 09 de Maio de 2018
Local e Data

Guilherme Bruno da S. Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**PMRR – 2ºBPM****RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL
SERIE “J”****Nº 097033**

Vtr 645	SUCp 2º BPM	Data 20/04/2018	S/Setor Oeste	H/Transm 19:15	H/Ini 19:15	CH/H 19:20	H/Fim 21:45
Cód. Oc. 1001/1003		Cód. Prov. 13023, 13999		Cód. Ser. Prest. -----		Km/Ini N/F	Km/Fim N/F

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Rua: Avenida General B. Gonçalves frente ao Nº 1643 Bairro: Operário Ref.:

PESSOAS RELACIONADAS

1 Envolvido Nome: Gustavo Bruno da Silva Bezerra Idade: 18 E. Civil: Solteiro

Endereço: Rua Calebe, 89, Cambará

Edt. R.G. 3648818 SSP/RR CNH 06902310705 Profissão: Cobrador

2 Envolvido Nome: Rôniere Silvio de Sousa Oliveira Idade: 27 E. Civil: Casado

Endereço: Rua Campo Grande, 991, Nova Cidade

Edt. R.G. Não Portava CNH ----- Profissão: Pintor

3 Envolvido Nome: Joilson Idade: E. Civil:

Endereço: Rua S 27, 798, Senador Hélio Campos

Edt. R.G. CNH ----- Profissão:

4 Envolvido Nome: Charles da Silva Rodrigues Idade: 29 E. Civil: Solteiro

Endereço: Rua S 28, 798, Senador Hélio Campos

Edt. R.G. CNH ----- Profissão:

5 Nome: Idade: E. Civil:

Endereço:

Edt. R.G. CNH ----- Profissão:

ARMA, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS APREENDIDO

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): Não há conduzidos

ASSINATURA

CARGO

LOCAL

**HISTÓRICO**

Senhor Delegado de Polícia da CF,

Acionados via CIOPS ao endereço acima citado para atendimento de ocorrência de acidente de trânsito com vítima de lesão corporal, onde, encontrava-se a guarnição da viatura 637 que estava saindo de serviço do 1º turno, a qual nos repassou os dados fornecidos acima acerca do ocorrido, pois, todos os envolvidos já haviam sido removidos pela equipe do SAMU ao HGR. Segundo informações fornecidas pela equipe que estava no local o envolvido (01) conduzia uma motocicleta Bros na cor vermelha de placa NAU 8145 pela referida avenida sentido do Bairro Operário para o Bairro Senador Hélio Campos e foi colidido de frente pelo envolvido (02) conduzindo, no sentido oposto do envolvido (01), uma motocicleta Fan na cor preta de placa NAT 9759, tendo como passageiros os envolvidos (03) e (04). A motocicleta Bros estava com a documentação em dias e foi liberada no local ao senhor Nilson Costa Bezerra, pai do proprietário da Bros. A motocicleta Fan estava em atraso com a documentação e foi removida ao pátio do DETRAN. Avarias dos veículos conforme levantamento pericial, perito Wellington. Diante dos fatos faço a apresentação deste para as devidas providências.

**DOCUMENTO
ORIGINAL**RUDHE
Nome40.933-2
CadastroCB QPCPM
Posto/Grad2º BPM
Suop

Assinatura

13 JUL. 2018

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE Ocorrência



BOLETIM DE Ocorrência Nº 368/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 25/06/2018

COMUNICANTE: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

RG: 3648818 EXP.: SSP/RR

CPF: 001.989.252-40

ENDEREÇO: RUA CALEBE Nº 89 BAIRRO: CAMBARÁ CIDADE: BOA VISTA UF: RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: COBRADOR

NATURALIDADE: BOA VISTA ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 15/09/1998

IDADE: 19 ANOS

GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO COMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: (095) 99127-5744 Nº REG. CNH: 06902310705

NOME DO PAI: NILSON COSTA BEZERRA

NOME DA MÃE: FAUSTINO DA SILVA

NO DIA 20/04/2018 ÀS 19:15, NA AVENIDA GENERAL B. GONÇALVES FRENTE, BAIRRO OPERÁRIO, NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA, RR.

O COMUNICANTE RELATA QUE NA DATA, HORA E ENDEREÇO ACIMA DESCRITO, TRAFEGAVA EM UMA MOTOCICLETA DE PROPRIEDADE DE NILSON COSTA BEZERRA, DE MODELO HONDA/ NXR 160 BROS ESD, PLACA NAU-8145, COR VERMELHA, RENAVAM 01048959098, DE CHASSI 9C2KD0800FR027792, que uma outra motocicleta de MODELO FAN, COR PRETA, DE PLACA NAT-9759 COLIDIU FRONTALMENTE COM O COMUNICANTE, OCASIONANDO O ACIDENTE; A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA AO TRAUMA DO HGR POR UMA EQUIPE DO SAMU; Que devido ao acidente o mesmo teve lesão corporal e ferimentos pelo corpo. QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE O MOTIVO DESTA B.O É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

É O RELATO.

NATUREZA DA Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL.

Gustavo Bruno da Silva Bezerra

GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denúnciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

Givanildo da Silva Vieira
Givanildo da Silva Vieira
Agente Carcerário de Polícia Civil
Mat. 042000908

DAT

DOCUMENTO
ORIGINAL

13 III 2018
DELEGACIA
TERIDOR

13 III 2018

**PMRR - 2º BPM****RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL****SERIE "J"****Nº 097033**

Vr 645	SUCa 2º BPM	Data 20/04/2018	S/Setor Oeste	H/Transa 19:15	H/Ini 19:15	O/H 19:20	H/Fim 21:45
Cód. Oc. 1001/1003		Cód. Prev. 13023, 13999		Cód. Ser. Prest. -----		Em/Ini NF	Em/Fim NF

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Rua: Avenida General B. Gonçalves frente ao Nº 1643 Bairro: _____ Operário Ref.: _____

PESSOAS RELACIONADAS

1 Envolvido Nome: Gustavo Bruno da Silva Bezerra Idade: 18 E. Civil: Solteiro
Endereço: Rua Calebe, 89, Cambará
Edt. R.G. 3648818 SSP/RR CNH 06902310705 Profissão: Cobrador

2 Envolvido Nome: Rbniere Silvio de Sousa Oliveira Idade: 27 E. Civil: Casado
Endereço: Rua Campo Grande, 991, Nova Cidade
Edt. R.G. Não Portava CNH _____ Profissão: Pintor

3 Envolvido Nome: Jailson Idade: _____ E. Civil: _____
Endereço: Rua S 27, 798, Senador Hélio Campos
Edt. R.G. _____ CNH _____ Profissão: _____

4 Envolvido Nome: Charles da Silva Rodrigues Idade: 29 E. Civil: Solteiro
Endereço: Rua S 28, 798, Senador Hélio Campos
Edt. R.G. _____ CNH _____ Profissão: _____

5 Envolvido Nome: _____ Idade: _____ E. Civil: _____
Endereço: _____
Edt. R.G. _____ CNH _____ Profissão: _____

ARMA, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS APREENDIDO

RECEBI CONDUZINDO(S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO(S): Não há conduzidos

ASSINATURA [Assinatura] CARGO Det. Pol. Civil LOCAL CF

HISTÓRICO

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC-P2-P3
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 30/05/18
K. ADU/BOU

Senhor Delegado de Polícia da CF,

Acionados via CIOPS ao endereço acima citado para atendimento de ocorrência de acidente de trânsito com vítima de lesão corporal, onde, encontrava-se a guarnição da viatura 637 que estava saindo de serviço do 1º turno, a qual nos repassou os dados fornecidos acima acerca do ocorrido, pois, todos os envolvidos já haviam sido removidos pela equipe do SAMU ao HGR. Segundo informações fornecidas pela equipe que estava no local o envolvido (01) conduzia uma motocicleta Bros na cor vermelha de placa NAU 8145 pela referida avenida sentido do Bairro Operário para o Bairro Senador Hélio Campos e foi colidido de frente pelo envolvido (02) conduzindo, no sentido oposto do envolvido (01), uma motocicleta Fan na cor preta de placa NAT 9759, tendo como passageiros os envolvidos (03) e (04). A motocicleta Bros estava com a documentação em dias e foi liberada no local ao senhor Nilson Costa Bezerra, pai do proprietário da Bros. A motocicleta Fan estava em atraso com a documentação e foi removida ao pátio do DETRAN. Avarias dos veículos conforme levantamento pericial, perito Wellington. Diante dos fatos faço a apresentação deste para as devidas providências.

DOCUMENTO ORIGINAL

RUDHE
Nome

40.933-2
Cadastro

CB OPCPM
Posto/Grad

2º BPM
Suop

[Assinatura]
Assinatura

13 JUL. 2018

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 368/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 25/06/2018

COMUNICANTE: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

RG: 3648818 EXP.: SSP/RR

CPF: 001.989.262-40

ENDEREÇO: RUA CALEBE N° 89 BAIRRO: CAMBARÁ CIDADE: BOA VISTA UF: RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: COBRADOR

NATURALIDADE: BOA VISTA ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 15/09/1998

IDADE: 19 ANOS

GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO COMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: (095) 99127-5744 N° REG. CNH: 06902310705

NOME DO PAI: NILSON COSTA BEZERRA

NOME DA MÃE: FAUSTINO DA SILVA

NO DIA 20/04/2018 ÀS 19:15, NA AVENIDA GENERAL B. GONÇALVES FRENTE, BAIRRO OPERÁRIO, NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA, RR.

O COMUNICANTE RELATA QUE NA DATA, HORA E ENDEREÇO ACIMA DESCRITO, TRAFEGAVA EM UMA MOTOCICLETA DE PROPRIEDADE DE NILSON COSTA BEZERRA, DE MODELO HONDA/ NXR 160 BROS ESD, PLACA NAU-8145, COR VERMELHA, RENAVAM 01048959098, DE CHASSI 9C2KD0800FR027792, que uma outra motocicleta de MODELO FAN, COR PRETA, DE PLACA NAT-9759 COLIDIU FRONTALMENTE COM O COMUNICANTE, OCASIONANDO O ACIDENTE; A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA AO TRAUMA DO HGR POR UMA EQUIPE DO SAMU; Que devido ao acidente o mesmo teve lesão corporal e ferimentos pelo corpo. QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE O MOTIVO DESTA B.O É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

É O RELATO.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL.

Gustavo Bruno da Silva Bezerra

GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denúncia caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

Givanildo da Silva Vieira
Givanildo da Silva Vieira
Agente Especial de Polícia Civil

Mat. 042004908

DAT

25/06/2018

DELEGACIA
TERIDOR

DOCUMENTO
ORIGINAL

13 JUL 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

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

Nome Completo da Vítima

Guilherme Bruno da Silva Bezerra

CPF da Vítima

003.0473.252-40

Data do Acidente

20/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Boa Vista, 09 de maio de 2018

Local e Data

Guilherme Bruno da S. Bezerra

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204 ou 0800-0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

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

Nome Completo da Vítima

Gustavo Bruno da Silva Bezerra

CPF da Vítima

051.9475.352-40

Data do Acidente

20/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Boa Vista 04 de Maio de 2018
Local e Data

Gustavo Bruno da S. Bezerra

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

[illegible]

NOT: 0.001, 10.07, 0.26800

NORMAL

34

DATA	DESCRIÇÃO	VALOR
MAR/18	CONSUMO	608 A R\$ 0,558811 =
FEV/18	CORRECAO MONETARIA DA 01/18-00	390,00
JAN/18	CORRECAO MONETARIA IG 01/18-00	0,06
DEZ/17	MULTA POR ATRASO DE I 01/18-00	2,80
NOV/17	JUROS DE MORA POR ATR 01/18-00	1,23
OUT/17	MULTA POR ATRASO 01/18-00	0,23
SET/17	JUROS DE MORA DE IMPO 01/18-00	7,11
AGO/17	ILUMINACAO PUBLICA	8,70
JUL/17		20,39
JUN/17		
MAR/18	TOTAL	440,79
14/03/2018		

[illegible]

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 0 11 10 21 26

7176, C01A, 3A42, D161, E006, A554, A01A, 1140

Kalkulation der Kosten		Kalkulation der Kosten	
Druckkosten	119,57	Druckkosten	100,00
Einzelkosten	191,31	Einzelkosten	17,00
Materialkosten	0,00	Materialkosten	66,38
Arbeitskosten	7,90	Arbeitskosten	0,00
Gesamtkosten	318,78	Gesamtkosten	183,38

0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00			0,00			0,00

02/2018 0_00

ROT: 4.001.15.07.076400

0066416-7

425.67

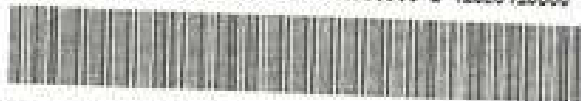
04/2018

16/05/2018

Copyright © 2004 by John Wiley & Sons, Inc.
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, scanning, or otherwise, without prior written permission from John Wiley & Sons, Inc.

WPA 2004-2005 2005-2006 2006-2007 2007-2008 2008-2009 2009-2010 2010-2011 2011-2012 2012-2013 2013-2014 2014-2015 2015-2016 2016-2017 2017-2018 2018-2019 2019-2020 2020-2021 2021-2022 2022-2023 2023-2024 2024-2025 2025-2026 2026-2027 2027-2028 2028-2029 2029-2030 2030-2031 2031-2032 2032-2033 2033-2034 2034-2035 2035-2036 2036-2037 2037-2038 2038-2039 2039-2040 2040-2041 2041-2042 2042-2043 2043-2044 2044-2045 2045-2046 2046-2047 2047-2048 2048-2049 2049-2050 2050-2051 2051-2052 2052-2053 2053-2054 2054-2055 2055-2056 2056-2057 2057-2058 2058-2059 2059-2060 2060-2061 2061-2062 2062-2063 2063-2064 2064-2065 2065-2066 2066-2067 2067-2068 2068-2069 2069-2070 2070-2071 2071-2072 2072-2073 2073-2074 2074-2075 2075-2076 2076-2077 2077-2078 2078-2079 2079-2080 2080-2081 2081-2082 2082-2083 2083-2084 2084-2085 2085-2086 2086-2087 2087-2088 2088-2089 2089-2090 2090-2091 2091-2092 2092-2093 2093-2094 2094-2095 2095-2096 2096-2097 2097-2098 2098-2099 2099-2100 2100-2101 2101-2102 2102-2103 2103-2104 2104-2105 2105-2106 2106-2107 2107-2108 2108-2109 2109-2110 2110-2111 2111-2112 2112-2113 2113-2114 2114-2115 2115-2116 2116-2117 2117-2118 2118-2119 2119-2120 2120-2121 2121-2122 2122-2123 2123-2124 2124-2125 2125-2126 2126-2127 2127-2128 2128-2129 2129-2130 2130-2131 2131-2132 2132-2133 2133-2134 2134-2135 2135-2136 2136-2137 2137-2138 2138-2139 2139-2140 2140-2141 2141-2142 2142-2143 2143-2144 2144-2145 2145-2146 2146-2147 2147-2148 2148-2149 2149-2150 2150-2151 2151-2152 2152-2153 2153-2154 2154-2155 2155-2156 2156-2157 2157-2158 2158-2159 2159-2160 2160-2161 2161-2162 2162-2163 2163-2164 2164-2165 2165-2166 2166-2167 2167-2168 2168-2169 2169-2170 2170-2171 2171-2172 2172-2173 2173-2174 2174-2175 2175-2176 2176-2177 2177-2178 2178-2179 2179-2180 2180-2181 2181-2182 2182-2183 2183-2184 2184-2185 2185-2186 2186-2187 2187-2188 2188-2189 2189-2190 2190-2191 2191-2192 2192-2193 2193-2194 2194-2195 2195-2196 2196-2197 2197-2198 2198-2199 2199-2200 2200-2201 2201-2202 2202-2203 2203-2204 2204-2205 2205-2206 2206-2207 2207-2208 2208-2209 2209-2210 2210-2211 2211-2212 2212-2213 2213-2214 2214-2215 2215-2216 2216-2217 2217-2218 2218-2219 2219-2220 2220-2221 2221-2222 2222-2223 2223-2224 2224-2225 2225-2226 2226-2227 2227-2228 2228-2229 2229-2230 2230-2231 2231-2232 2232-2233 2233-2234 2234-2235 2235-2236 2236-2237 2237-2238 2238-2239 2239-2240 2240-2241 2241-2242 2242-2243 2243-2244 2244-2245 2245-2246 2246-2247 2247-2248 2248-2249 2249-2250 2250-2251 2251-2252 2252-2253 2253-2254 2254-2255 2255-2256 2256-2257 2257-2258 2258-2259 2259-2260 2260-2261 2261-2262 2262-2263 2263-2264 2264-2265 2265-2266 2266-2267 2267-2268 2268-2269 2269-2270 2270-2271 2271-2272 2272-2273 2273-2274 2274-2275 2275-2276 2276-2277 2277-2278 2278-2279 2279-2280 2280-2281 2281-2282 2282-2283 2283-2284 2284-2285 2285-2286 2286-2287 2287-2288 2288-2289 2289-2290 2290-2291 2291-2292 2292-2293 2293-2294 2294-2295 2295-2296 2296-2297 2297-2298 2298-2299 2299-2300 2300-2301 2301-2302 2302-2303 2303-2304 2304-2305 2305-2306 2306-2307 2307-2308 2308-2309 2309-2310 2310-2311 2311-2312 2312-2313 2313-2314 2314-2315 2315-2316 2316-2317 2317-2318 2318-2319 2319-2320 2320-2321 2321-2322 2322-2323 2323-2324 2324-2325 2325-2326 2326-2327 2327-2328 2328-2329 2329-2330 2330-2331 2331-2332 2332-2333 2333-2334 2334-2335 2335-2336 2336-2337 2337-2338 2338-2339 2339-2340 2340-2341 2341-2342 2342-2343 2343-2344 2344-2345 2345-2346 2346-2347 2347-2348 2348-2349 2349-2350 2350-2351 2351-2352 2352-2353 2353-2354 2354-2355 2355-2356 2356-2357 2357-2358 2358-2359 2359-2360 2360-2361 2361-2362 2362-2363 2363-2364 2364-2365 2365-2366 2366-2367 2367-2368 2368-2369 2369-2370 2370-2371 2371-2372 2372-2373 2373-2374 2374-2375 2375-2376 2376-2377 2377-2378 2378-2379 2379-2380 2380-2381 2381-2382 2382-2383 2383-2384 2384-2385 2385-2386 2386-2387 2387-2388 2388-2389 2389-2390 2390-2391 2391-2392 2392-2393 2393-2394 2394-2395 2395-2396 2396-2397 2397-2398 2398-2399 2399-2400 2400-2401 2401-2402 2402-2403 2403-2404 2404-2405 2405-2406 2406-2407 2407-2408 2408-2409 2409-2410 2410-2411 2411-2412 2412-2413 2

83650000004 4 25620075000 6 00000000066 1 41620418000 5



SEQ.: 00287 UC: 0006416-2 DT. LEIT.: 18/04/2018 T. ENTR.: 04
LEITURA: 45317 NORMAL TOTAL: 425,62 CARGA: 003
DT. VENC.: 18/05/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1011

13 JUL. 2018

Eletrobras Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este ADEBRO

SEM CODIGO

0109029-1

Caso não seja fornecido o código de barras, o cliente deve informar o código de barras 000986275

Endereço: Rua da Liberdade, 100 - J. P. - Fátima - Boa Vista - RR - CEP: 69.001-120
Fone: (68) 3241.1111 - Fax: (68) 3241.1112
Site: www.eletrobras.com.br - e-mail: atendimento@eletrobras.com.br

PERÍODO DE VIGÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	CODIGO DE BARRAS	VALOR A PAGAR
JUNHO/2018	11/07/2018	201	144,86

FLOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P. GALVAO 1832 6 BURITIS

CPF: 00038305151204

CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021730

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
Parcela	51120	25/06/2018
Parcela	51120	24/06/2018
Parcela	1.000	25/07/2018
Parcela	201	22/06/2018
Parcela	201	25/06/2018

NORMAL

32

TIPO DE SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
RESIDENCIAL	BI	2207345	N 1519404 1.1.1.2

PERÍODO DE VIGÊNCIA	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
MAR/18	205	CONSUMO
ABR/18	255	ILUMINACAO PUBLICA
MAR/18	262	
FEV/18	280	
JAN/18	207	
DEZ/17	183	
NOV/17	155	
OUT/17	142	
SET/17	124	
AGO/17	145	

VALOR COM TRIBUTOS:

144,86 - 2,00 - 2,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES / PRECISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Observações
05/2018	164,77	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 15/05/2018, em função das contas não pagas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar em suspensão do fornecimento de energia elétrica. O valor devido é de R\$ 164,77. O valor devido é de R\$ 164,77. O valor devido é de R\$ 164,77.

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBY) PODEMOS SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

PERÍODO DE VIGÊNCIA	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
02/18	0640.01F4.2C73.82CF.4EC2.0481.6EFS	

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
Parcela	55,09	25/06/2018
Parcela	0,00	24/06/2018
Parcela	2,29	25/07/2018
Parcela	21,62	22/06/2018

FLORESTA 04/2018 56,77
ROT: 5.001.12.04.021730

PERÍODO DE VIGÊNCIA	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
06/2018	144,86	11/07/2018

000986275 FCM

83660000001 9 44160075000 5 00000000109 9 02910618008 5



Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcia, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.551.470/0001-44 (Insc. Estadual: 21.607.002-3)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Sisa 8-1
Regime especial de Imposto de Renda para GUFAP 2009/13

Nº da Nota Fiscal 000598765

A Tarifa de Uso da Energia Elétrica - TUEE foi atualizada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

PERÍODO	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2018	16/05/2018	698	425,62

NILSON COSTA BEZERRA
R. CALÉBE 89 NOVA CANAA
CPF: 00038258994204
CEP: 69.314-402 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.07.026800

DADOS DA LEITURA		DADOS DA VENCIMENTO	
Atual	45317	Anterior	13/04/2018
Anterior	44619	Anterior	19/03/2018
Consumo de Medição	1,000	Anterior	13/05/2018
Consumo Medido	698	Anterior	17/04/2018
Consumo Faturado	698	Anterior	14/04/2018

NORMAL

30

DADOS DA UNIDADE-ODN-UNIDORA					
Comunicação	Residencial	BI	13LDB02304M	1501401	1.1.1.2
					653

HISTÓRICO KWH		DEBITOS DA CONTA	
Mês/ano consumo	CONSUMO	698 A R\$ 0,558811 =	390,05
MAR/18 636	CORRECAO MONETARIA DA 01/18-00		0,06
FEV/18 616	CORRECAO MONETARIA IG 01/18-00		2,80
JAN/18 622	MULTA POR ATRASO DE I 01/18-00		1,21
DEZ/17 719	JUROS DE MORA POR ATR 01/18-00		0,21
NOV/17 701	MULTA POR ATRASO 01/18-00		7,11
OUT/17 734	JUROS DE MORA DE IMPO 01/18-00		3,79
SET/17 646	ILUMINACAO PUBLICA		20,39
AGO/17 575			
JUL/17 556			
JUN/17 678			

TARIFA DE TRIBUTOS:
0 A 653 - 0,425870

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/05/2018, em função das contas reavistas neste fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e já reavistada(s) no valor de R\$ 425,62 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
03/2018	405,89	
02/2018	390,14	

12/17 = 425,62

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVAÇÃO FISCAL 7176.C01A.3A42.D161.E0D6.A554.A08A.114D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	119,57	Base de Cálculo	390,05
Energia	191,31	Alíquota ICMS	17,00%
Transmissão	0,00	Valor da ICMS	66,30
Encomenda	7,97	Valor do PIS	0,85
Outros	71,20	Valor do COFINS	4,05

INDICADORES DE CONTINUIDADE

0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00		0,00				0,00	

ROT: 8.001.16.07.026800

02/2018 0,00

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcia, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.551.470/0001-44 (Insc. Estadual: 21.607.002-3)

SEU CÓDIGO

0066416-2

TOTAL A PAGAR - R\$

425,62

MÊS FATURADO

04/2018

VENCIMENTO

16/05/2018

Nº da Nota Fiscal

000598765 FCAM

33650000004 4 25620075000 6 000000000066 1 41620418008 5



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221264 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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 penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Iloir Imácio de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.051.512/04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gustavo Bruno da Silva Bezerra inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.983.252/40 do sinistro de DPVAT cobertura Envolvidos da Vítima Gustavo Bruno da Silva Bezerra inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.983.252/40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Antônio Prochins Gêbo</u>		Número <u>1332</u>	Complemento <u>Ap. 04</u>
Cidade <u>Buxir</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.308-209</u>
Email <u>ILOIRRR@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(65) 90154-4282</u>

Boa Vista 02 de Maio de _____
Local e Data


Assinatura do Declarante

DOCUMENTO ORIGINAL

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0600 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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 COAF**².

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 Iloir Inácio de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 389.056.512/04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gustavo Bruno da Silva Bezerra inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.983.352/40, do sinistro de DPVAT cobertura Envolvida da Vítima Gustavo Bruno da Silva Bezerra inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.983.352/40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Antônio Pinheiro Galvão</u>	Número <u>1892</u>	Complemento <u>Ap. 04</u>
Bairro <u>Buriti</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>
E-mail <u>ILOIRRR@HOTMAIL.COM</u>		Telefone celular (DDD) <u>(65) 99154-4282</u>

Boa Vista RR de Maio de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DOCUMENTO
ORIGINAL

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilvira Jucia de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.051.512/04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gustavo Bruno de Silva Bezerra inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.983.252/40 do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vitima Gustavo Bruno de Silva Bezerra inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.983.252/40 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Antônio Pinheiro Coelho</u>		Número: <u>1832</u>	Complemento: <u>Ap. 04</u>
Bairro: <u>Buriti</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.309-209</u>
E-mail: <u>ILDIRRR@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD):	Telefone celular (DDD): <u>(65)96154-4282</u>

Boa Vista de Maio de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DOCUMENTO
ORIGINAL

BLOCO D

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

NHE
M^{re} Edson M. Oliveira
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 004.994



180090398		20/04/2018 19:47:20		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-		11	
Paciente				Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
GUSTAVO BRUNO SILVA BEZERRA				15/09/1998		19 A 7 M 5 D					
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IGNORADO		NAO		M		SOLTEIRO/APARDA		BOA VISTA - RR		BRASILEIRA	
Mãe		INFORMADO		Pal		NI		Contato		(95) 99114-1759	
Endereço				RUA - CALEBE - 89 - CAMBARA - BOA VISTA - RR						Ocupação	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Passo	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA									
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Registrado por:		LEILSON SOUSA	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL									
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem				GSC		TOTAL		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____h)				Incursão em MTE e MSE							
Exame Físico				BECLOTE ASS VELLOSO							
Hipótese Diagnóstica				Pálida							
SAD - Exames Complementares				☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO				OBSERVAÇÃO			
1 DIPIRONA 1 gr. EV											
2 TENOXICAM 40 mg EV											
③ Leptoxone 1gr EV											
④ 1x05 ml 2 M											
⑤ Fentanil 20 kg EV											
Assinatura do Médico: DR. João Henrique CRM-RR 115.115				Data e Hora da Saida/Alta: 20 ABR 2018				EDISON GONÇALVES DE OLIVEIRA TÉCNICO EM ENFERMAGEM COREN-RR 009.994			
Conduta				☐ Ambulatório ☐ Observação (Máx 24h) ☐ Internação				Data e Hora da Saida/Alta: 15 ABR 2018			
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelar ☐ Transferência para:				☐ Família ☐ IM. Anatomia Patológica				Hospital Geral de Roraima Av. Brig. Eduardo Gomes, 5/N Novo Planalto - Tel (95) 3321-0620 AUTENTICAÇÃO			
Óbito				Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não ☐ Destino: ☐ Família ☐ IM. Anatomia Patológica				Certificado de Óbito que é presente cópia e foi Reprodutível Original em arquivo neste Hospital			
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico							
Impresso por: leilson.sousa Data Hora: 26/04/2018 19:48:23				DOCUMENTO ORIGINAL							

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - ENDEREÇO DO PACIENTE: _____

2 - NOME DO SÓCIO RESPONSÁVEL DE RACOR PRECATORIO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: ao Bruno Silva Bezerra

4 - CÉDULA NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 310418109107813771415

5 - DATA DE NASCIMENTO: 15/09/1998

6 - SEXO: Masculino

7 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Maria da Conceição Silva Bezerra

8 - ENDEREÇO DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: R. Calixto, 89, Cambano

9 - CID: 212

paciente de ft lt - Esp. TNE

12 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Tto. amnion

HOSPITAL GERAL DE ARAUJO
Av. Eng. Augusto Gomes, S/N
Novo Horizonte - SP (95) 4131-0520
AUTENTICAÇÃO
11 MAR 2018
Certificado e não fere a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentado neste Hospital

13 - HISTÓRICO RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Amniocentese + Ec. feto

14 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: ft lt Esp. TNE

DOCUMENTO ORIGINAL

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tto. amnion ft lt Esp. TNE

16 - CLÍNICA: Ortop

17 - CID: 212

18 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE: Dr. Bruno

19 - DATA DA AUTENTICAÇÃO: 21 DE MAR

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

20 - CID: 212

21 - CID: 212

22 - CID: 212

23 - CID: 212

24 - CID: 212

25 - CID: 212

26 - CID: 212

27 - CID: 212

28 - CID: 212

29 - CID: 212

30 - CID: 212

31 - CID: 212

32 - CID: 212

33 - CID: 212

34 - CID: 212

35 - CID: 212

36 - CID: 212

37 - CID: 212

38 - CID: 212

39 - CID: 212

40 - CID: 212

41 - CID: 212

42 - CID: 212

43 - CID: 212

44 - CID: 212

45 - CID: 212

46 - CID: 212

47 - CID: 212

48 - CID: 212

49 - CID: 212

50 - CID: 212

51 - CID: 212

52 - CID: 212

53 - CID: 212

54 - CID: 212

55 - CID: 212

56 - CID: 212

57 - CID: 212

58 - CID: 212

59 - CID: 212

60 - CID: 212

61 - CID: 212

62 - CID: 212

63 - CID: 212

64 - CID: 212

65 - CID: 212

66 - CID: 212

67 - CID: 212

68 - CID: 212

69 - CID: 212

70 - CID: 212

71 - CID: 212

72 - CID: 212

73 - CID: 212

74 - CID: 212

75 - CID: 212

76 - CID: 212

77 - CID: 212

78 - CID: 212

79 - CID: 212

80 - CID: 212

81 - CID: 212

82 - CID: 212

83 - CID: 212

84 - CID: 212

85 - CID: 212

86 - CID: 212

87 - CID: 212

88 - CID: 212

89 - CID: 212

90 - CID: 212

91 - CID: 212

92 - CID: 212

93 - CID: 212

94 - CID: 212

95 - CID: 212

96 - CID: 212

97 - CID: 212

98 - CID: 212

99 - CID: 212

100 - CID: 212

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

44 - CID: 212

45 - CID: 212

46 - CID: 212

47 - CID: 212

48 - CID: 212

49 - CID: 212

50 - CID: 212

51 - CID: 212

52 - CID: 212

53 - CID: 212

54 - CID: 212

55 - CID: 212

56 - CID: 212

57 - CID: 212

58 - CID: 212

59 - CID: 212

60 - CID: 212

61 - CID: 212

62 - CID: 212

63 - CID: 212

64 - CID: 212

65 - CID: 212

66 - CID: 212

67 - CID: 212

68 - CID: 212

69 - CID: 212

70 - CID: 212

71 - CID: 212

72 - CID: 212

73 - CID: 212

74 - CID: 212

75 - CID: 212

76 - CID: 212

77 - CID: 212

78 - CID: 212

79 - CID: 212

80 - CID: 212

81 - CID: 212

82 - CID: 212

83 - CID: 212

84 - CID: 212

85 - CID: 212

86 - CID: 212

87 - CID: 212

88 - CID: 212

89 - CID: 212

90 - CID: 212

91 - CID: 212

92 - CID: 212

93 - CID: 212

94 - CID: 212

95 - CID: 212

96 - CID: 212

97 - CID: 212

98 - CID: 212

99 - CID: 212

100 - CID: 212

0408050578
5826

até 17/03/2018



AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

Protocolo 00165295	Data Internação 21.04.18	Data da Saída 27.04.18
Número da AIH: 141850000659-4		
Enfermaria 409	Leito 03	

Dados do Paciente

Estabelecimento Executante HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR		CNES 2319659	
Nome do Paciente GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA			
Cartão de SUS 704809078377445	Data de Nascimento 15/09/1998	SEXO 1 - Masculino	Raça/Cor PARDA
Nº RG, CPF ou Registro de nascimento Ignorado - NAO INFORMADO		Nacionalidade BRASILEIRA	
Nome da Mãe MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA BEZE			
Nome do Responsável GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA		Fone p/ Contato (95) 99114-1759	
Endereço RUA - CALEBE	Número 89	Bairro CAMBARA	
Município BOA VISTA	Código do IBGE 140010	UF RR	CEP 69.313-366

Dados da Internação

CPF Médico Sol - CRM 5655	Médico Solicitante Pedro Di Giannini	Cartão SUS
Procedimento Solicitado 0408050578	Procedimento Principal	Esp
Em caso de Parto: Nasc Vivo ☐ Nasc Morto ☐	Alta ☐ Trans ☐ Ybito ☐	

Procedimentos Realizados

Linha	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Ope	CPF/CNPJ	CRM	CBO	QNT	CUTI
01	01				5655		01	
02	06				5655		01	
03	07				2209		04	
04	07				984468		01	
05	01040100015				69381		021	
06			20				01	
07			23				01	
08			31				01	
09			36				01	
10			44				01	
11								
12								
13								
14		0302030406		21/04/18	09	347	01	
15								

Autorização

Nome Médico Autorizador Ronam Pacheco de Carvalho	Data Autorização 21/04/18	CPF Autorizador 768.264.736-15	CNS Autorizador 898 0007 5018 1917
Nome do Médico Auditor	Data Auditoria	CPF Auditor	CNS Auditor



HOSPITAL DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETEIM OPERATORIO

BOLETEIM OPERATORIO

Estudo de Caso

Data 21, de 18

Os

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

F + Lt + Esp. Tnz

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Tro cirurgico

ES INTERVENÇÃO:

Tro cirurgico de Esp. Tnz

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

Ø

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

O mesmo

CIRURGIÃO:

Dr. Pedro

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRURGICO

1) Paciente em DM 503 Plano ABDOM

2) Antissepsia + Assepsia + Lavagem

3) Lavagem torácica 10L 5% Sx.

4) Abcissos torácicos TRANSMITERAL. 1º e 2º

5) Abcissos torácicos TRANSMITERAL. 1º e 2º

6) Abcissos torácicos TRANSMITERAL. 1º e 2º

7) Abcissos torácicos TRANSMITERAL. 1º e 2º

DOCUMENTO ORIGINAL

Dr. Ricardo J. Junior
Médico Cirurgião
Osteopata - F.O.P. 10000
CRM 100000



13 JUL. 2018



Gustavo Bruno S. da Silva Bezerra, 1992

21.04.2018

PRESCRIÇÃO - DOSE - DOSE - HORA - EFEITO

20.10 21.10 22.10

23.09.2018

A. D. N. E. S. S.		H. 20		H. 21		H. 22		H. 23		H. 24		H. 25		H. 26		H. 27		H. 28		H. 29		H. 30	
Líquidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Sólidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Líquidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Sólidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Líquidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Sólidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Líquidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Sólidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Líquidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Sólidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Líquidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Sólidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Líquidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Sólidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Líquidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Sólidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Líquidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Sólidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Líquidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Sólidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Líquidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Sólidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Líquidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Sólidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Líquidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Sólidos		10		20		30		40		50		60		70		80		90		100		110	
Líquidos		10		20		30		40		50													

Michael A. Monda
Michele Ann Monda
C/O. P.O. Box 1108

13 JUL. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Guilherme Basso Silva Aguiar	5.7		26 10/12/2017

TIPO	CIRURGIA		
Est. Fratura Fechada Pé direito	INICIO	FIM	TEMPO DE DURAÇÃO
	10:30	07:35	

CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA
1º AUXILIAR	ANESTESISTA:
2º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:
	INSTRUMENTADOR
	CIRCULANTE
	TEMPO DE DURAÇÃO:

TIPO DE ANESTESIA:	Raquel				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
0	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		0000	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
0	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLN	
	LUVA ESTERIL 8.0		112	FIO MONONYLON Nº 3.12.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/PROCEDIMENTOS 14			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
7	LÂMINA BISTURIN Nº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		7	FIO SEDA Nº 4.5	
	SERINGA 01ML		11	SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CHRA P/ OSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATAN	
1	SERINGA 10ML			GEFOAM	
1	SERINGA 20ML		1	FIFA CARDIACA	
10ml	Alcool 70%		1	OUTROS:	

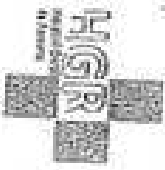
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	VALOR
	Silvia de Almeida		
ACIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	SUB-TOTAL	
	Fabio	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

DOCUMENTO ORIGINAL.

HOSPITAL GERAL DO RORAIMA
 Av. Brig. Eduardo Gomes, 571
 Nova Maracá - PA (91) 2121-060
 AUTENTICAÇÃO
 13 JUL 2018
 Certifico e Dou Fé que a cópia e o original que foi apresentado nesta Instituição

13 JUL 2018

SEBAU



SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Yuriane Dantas da Silva Pereira

GRUPO AEC - RADIOLÓGICO

TRANSOPERATÓRIO

Idade: 29 anos

Sexo: F

Gravidez: 00:20

Paridade: 00:20

Outros: 00:20

Outros: 00:20

Outros: 00:20

Outros: 00:20

Outros: 00:20

Outros: 00:20

Outros: 00:20

Outros: 00:20

Outros: 00:20

Outros: 00:20

Outros: 00:20

Outros: 00:20

Outros: 00:20

Outros: 00:20

Outros: 00:20

Outros: 00:20

Outros: 00:20

Outros: 00:20

Outros: 00:20

Outros: 00:20

Entrada de 21/04/18 Início de 00:20 Início de 00:30 Término de 00:22 Saída S.O. de 2:35

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

Gravidade 00:20 Anestesia 00:30 Período de 2:40

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome _____
Responsável Cirurgião _____

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMADO:

Identidade ☒
Sítio Cirúrgico ☒
Procedimento ☒
Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO
☒ Aplica ☒ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:
ALERGIA CONHECIDA
☒ Não ☐ Sim, Qual: _____

ÁREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
☒ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
☒ Não ☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento

Fluídos ☒ Sim ☐ Não

Assinatura _____ Hora _____

Assinatura _____ Hora _____

Assinatura _____ Hora _____

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista _____

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

Identificação do paciente ☒
Sítio cirúrgico ☒
Procedimento ☒

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:
REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS:

☒ Não se aplica ☐ Sim, Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim ☐ Não se aplica

13 JUL 2018

DEO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ANESTESIA DEVEM OU DA EQUIPE MÉDICA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO ☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO ☒ Sim ☐ Não

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

409-1

03



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



DATA DE ADMISSÃO		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
PACIENTE	GUSTAVO BRUNO SILVA BEZERRA	DIH			DN
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	21/04/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 20 GTS VO DE 8/6H SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSV + CCGG 8/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	CEFTAZIDIMA 1G EV DE 8/6H				
16	METRONIDAZOL 400MG EV OU VO DE 8/6H				
17	GENTAMICINA 240MG EV 1X/DIA				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 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				
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

04:10h Paciente admitido no bloco D, para realização do bl. F. Veio com dor na coxa da rodada. Trauma por queda de altura, balde de concreto sobre a cabeça e no tórax.

SINAIS VITAIS	PA	FC	T
6 H	153/77	67	37.3
12 H	150/98	73	36.6
18 H	150/80	81	36.5
24 H	140/72	80	37.9

14 de 02 de 19
Realizado o exame físico e a avaliação da medicação, mantida a medicação de SSV, conforme prescrição.

NIR
Regulado para leito
Bloco D - 800-6
Regulação Interna

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

07.02.19 - Paciente no leito. Foi med. epm. e feito SSV. Segue aos cuidados da enfermagem.

L.03

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE/SETOR:		QUARTO:	LEITO:
NOME DO PACIENTE:		Cecilio Bruno Silva Fernandes	
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:			
DATA/HORA:	21/07/18	PRESCRIÇÃO:	1) Anestesia local 2) Cetorolom 15 e 6/8h 3) Clonazepam 1mg 1x/8h 4) Metoprolol 50mg 1x/8h 5) Paracetamol 650mg 4x/6h 6) Tetraciclina 400mg 4x/6h 7) Curativos 8) Soro fisiológico 1/12h
		HORARIO:	AMU
		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:	03:20 06:00 07:00 08:00 09:00 10:00 11:00 12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00 23:00
		OBSERVAÇÕES:	PA: 150x70 FC: 64 TA: 96/64 Obs: Paciente em boas condições, sem dor, sem náusea, sem vômito, sem febre.
		Assinatura do Profissional:	Dr. [Assinatura] CRM: 18171/MG

DOCUMENTO ORIGINAL

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Mundo - Tel: (95) 212-0620

AUTENTICAÇÃO

11 JUL 2018

Certifico que este documento é cópia fiel da Reprodução Original que foi apresentada neste Hospital

409
1

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	20/04/2018	DIH	22/04/2018	DN	15/09/1998
PACIENTE	GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA				
AGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZEIRO ESQUERDO				
ALERGIAS	N	HAS	N	DM2	N
IDADE	19 ANOS	LEITO	409-1	DATA	23/04/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ZERO				
2	AVP				
3	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12 HORAS (INÍCIO 20/4/18)				
	GENTAMICINA 240 MG 1X DIA (INÍCIO 23/4/18)				
6	TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H SE DOR INTENSA				
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				
8	TILATIL 40 MG EV 1X DIA				
9	RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS				
10	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H (S/N)				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13	CURATIVO DIÁRIO				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 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					

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: SOLICITAR PRÉ OPERATÓRIO
CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS V	PA	FC	FR	
6 H	115x74	66	-	36,5°C
12 H	130/70	80	90	36,8
18 H	132/80	64	19	36,8
24 H	124x70	63	-	36,7°C

Dr. Thiago Muniz
CRM/RR 2009
Médico Residente de Ortopedia e Traumatologia

Em 13h foi adm medicação + SSVV + foi colhido sangue e encaminhado ao laboratório. Não foi to a medicação do Hem 3 portanto a prescrição foi feita em que as 11h, porém anterior.

13h 19h. Adm. Med. de horários, SSVV, segue as ordens da enfermeira. Jéssica Ferreira de Souza Técnica de Enfermagem COREN-RR 573.674-1E

Ana Maria S. Macedo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 000.411.403

409
1

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	20/04/2018	DIH	22/04/2018	DN	15/09/1998
PACIENTE	GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA				
AGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZEIRO ESQUERDO				
ALERGIAS	N	HAS	N	DM2	N
IDADE	19 ANOS	LEITO	409-1	DATA	24/04/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	AVP				11:00
3	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12 HORAS (INÍCIO 20/4/18)				10:22
	GENTAMICINA 240 MG 1X DIA (INÍCIO 23/4/18)				8:00
6	TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H (SE DOR INTENSA)				12:15
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8H				12:15
8	TILATIL 40 MG EV 1X DIA				12:15
9	RANITIDINA 50 MG-EV DE 12/12 HORAS				12:15
10	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H (S/N)				12:15
11	CAPTOPRIL 25 mg VO (SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG)				12:15
12	SSVV + CCGG 8/8 H				12:15
13	CURATIVO DIÁRIO				12:15
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 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					

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO: SOLICITAR PRÉ OPERATÓRIO

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS V	PA	FC	FR	T
6 H	127,76	58	20	36,6°C
12 H	150,80	70	18	36,6°C
18 H	140,18	90	18	36,2°C
24 H	143,73	73	18	37,4°C

Dr. Thiago Muniz
CRM/RR/2009
Médico Residente de Ortopedia e Traumatologia

07h13h. aferido SSVV, calmaria, medicação Tce Elizabeth

13 as 19h,
Adm medicamentos
e Afeto Sinais
vitais, Deque tudo bem
verificar a glicose - 2

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

409
1

DATA DE ADMISSÃO	20/04/2018	DIH	22/04/2018	DN	15/09/1998
PACIENTE	GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA				
AGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZEIRO ESQUERDO				
ALERGIAS	N	HAS	N	DM2	N
IDADE	19 ANOS	LEITO	409-1	DATA	26/04/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12 HORAS (INÍCIO 20/4/18)				
	GENTAMICINA 240 MG 1X DIA (INÍCIO 23/4/18)				
6	TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H SE DOR INTENSA				
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				
8	TILATIL 40 MG EV 1X DIA				
9	RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS				
10	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13	CURATIVO DIÁRIO				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 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					

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO: SOLICITAR PRÉ OPERATÓRIO

CONDUITA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS V	PA	FC	FR		
6 H	125/64	66	20	35.9	
12 H	125/62	66	-	36.20	
18 H	140/93	71	19	36.40	
24 H	109/80	79	20	36.2	

Dr. Thiago Muniz
CRM/RR 2009
Médico Residente de Ortopedia e
Traumatologia

13 de 19
Administração
medicamentos
afetando SSVV

Atestado Médico
Tema de Emergência
CONFERIR 02/02/2018

13 de 07 administração medicação verificada sinais vitais

Morlene
2009
02/02/2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 13/04/18

O.S. _____

Gustavo Bruno da Silva Dyer

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESIAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

Dr. Edson
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1733

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTESICO:

Dr. Marcelo Marques
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1918/RR

RELATÓRIO CIRÚRGICO

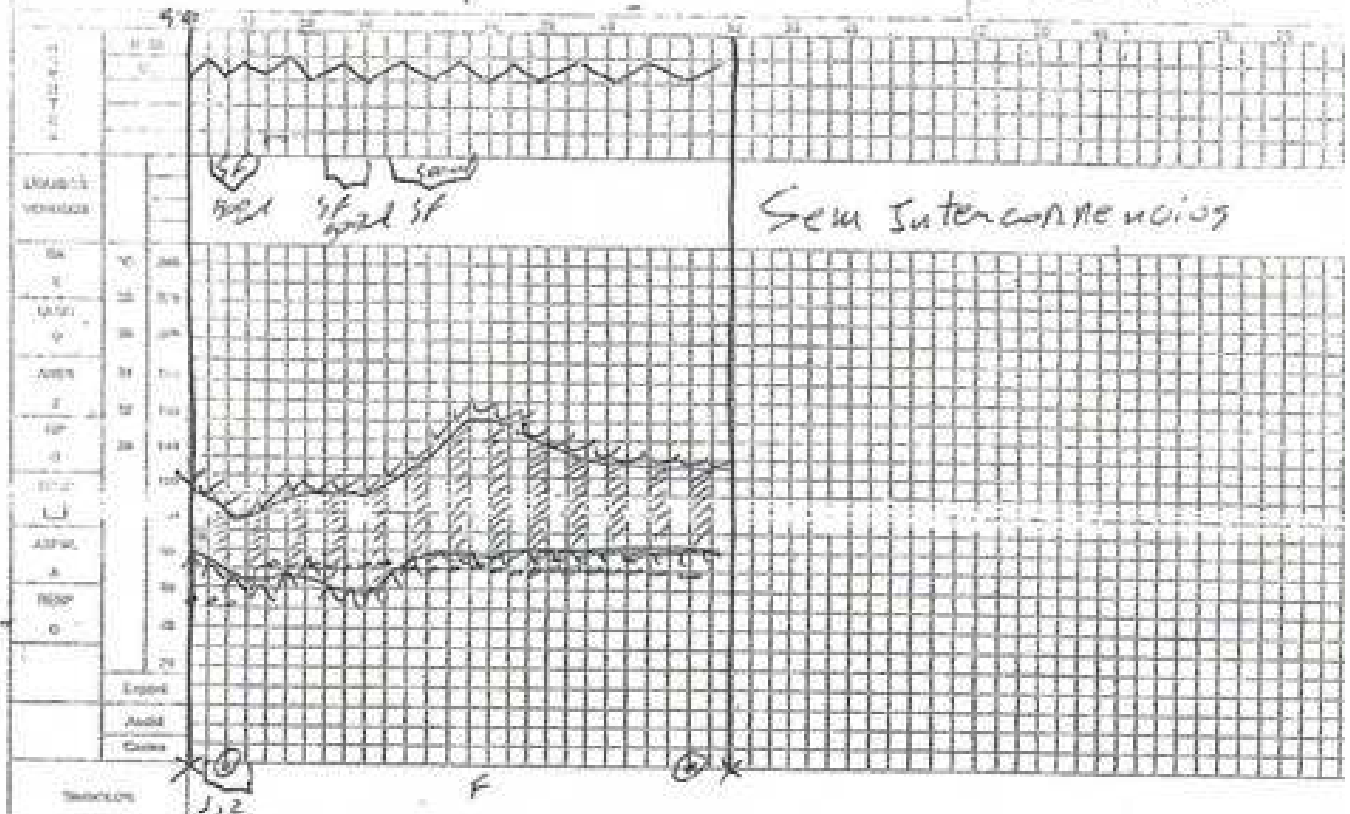
1. Paciente em RPA, com lesão traumática;
2. Ad + CEF + fratura de tíbia de Síndrome de Tarsal (E)
Incisão longitudinal extensora de tendão de Tarsal (E) + Dissecção por plano até o fôss
da tíbia;
Redução com o Fx com o uso do intuiguidor de visagem + colocação de placa
anterior + parafusos de 2 parafusos intramedulares;
LRF + Sutura de pele;
Incisão longitudinal pele por dorsal de pé (E) + Parafusos de FK
de cantos mediano-pis de 3º, 4º e 5º metatarsais;
Sutura de pele;
Curativo
A RPA.

13 JUL. 2018

08/04/18
 27/04/18
 14 DE ABRIL 2018

Gustavo Bruno da Silva Aguiar
 Pastoril 100mg {Sotafosfeni

27/04/18



1. Bup. Vagina 2. Hiper Boreia 1kg 3. Eutanol 100mg + 50mg	4. Aguiar acustica 5. Hiper Boreia 1kg 6. Hiper Boreia 1kg 7. Hiper Boreia 1kg 8. Hiper Boreia 1kg 9. Hiper Boreia 1kg 10. Hiper Boreia 1kg	11. Hiper Boreia 1kg 12. Hiper Boreia 1kg 13. Hiper Boreia 1kg 14. Hiper Boreia 1kg 15. Hiper Boreia 1kg 16. Hiper Boreia 1kg
--	---	--

17. Hiper Boreia 1kg
 18. Hiper Boreia 1kg
 19. Hiper Boreia 1kg
 20. Hiper Boreia 1kg

21. Hiper Boreia 1kg
 22. Hiper Boreia 1kg
 23. Hiper Boreia 1kg
 24. Hiper Boreia 1kg

25. Hiper Boreia 1kg
 26. Hiper Boreia 1kg
 27. Hiper Boreia 1kg
 28. Hiper Boreia 1kg

13 JUL. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	ID: 1914	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
GUSTAVO DAURO SILVA BEZERRA		409.1	56	27-10-12

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
RMS + OST. FMT. Tm2 + FMT.	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	9:18	10:56	

MATERIAL E EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	DR. ADOLFO
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:	RL. EMANUEL
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	NILSANA
	CIRCULANTE	OVANDE

TIPO DE ANESTESIA: RAQ-E	TEMPO DE DURAÇÃO:
--------------------------	-------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON N° 2.0
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS TAM M			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°
1	LÂMINA BISTURIN N° 15			FIO CATGUT SIMPLES N°
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°
	DRENO DE PL. ROSE N°			FIO SEDA N°
1	SERINGA 01ML		1	SURGICEL ELETRODO
1	SERINGA 03ML		1	CERA-PROSSO CATETER 02
1	SERINGA 05 ML		20ml	KIT CATARATAN CLOREXININA 0.6%
1	SERINGA 10ML		20ml	GEOFOAM CLOREXININA ALCOH.
1	SERINGA 20ML		20ml	RTA CARDIACA 400ml 70%
1	ACULHO 91 MQ/E N. 26		1	OUTROS: ATADUM CROPOM 25cm

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA E CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE DAURO SUELEN
INCRONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA Ovande Ades de Siqueira JR Téc. Enfermagem COREN-RR 904.179

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS	VALOR
SUB-TOTAL	
TAXA DE SALA	
TAXA DE ANESTESIA	
SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

13 JUL. 2018



NOME:

Paulo Augusto Lima Martins

CENTRO CIRÚRGICO 30308

19 de maio de 1971

21/05/71

19

US: 50

Placa D. 501

Exatidão de 100%

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

SAL - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

13 JUL 1971

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.
8:45	9:18	9:00	10:56	

Cirurgia realizada: Prostatactomia

Localização: Prostata

Intervenção: Prostatactomia

Medicação: Insulina

SF a 0,8%: 100%

SF a 10%: 100%

Outros: 100%

Nº de compressas esterilizadas: 15

Nº de compressas recolhidas: 15

Sinal Vital: 100%

Exatidão de 100%

Exatidão de 100%

Exatidão de 100%

Exatidão de 100%

Exatidão de 100%

Exatidão de 100%

Exatidão de 100%

Exatidão de 100%

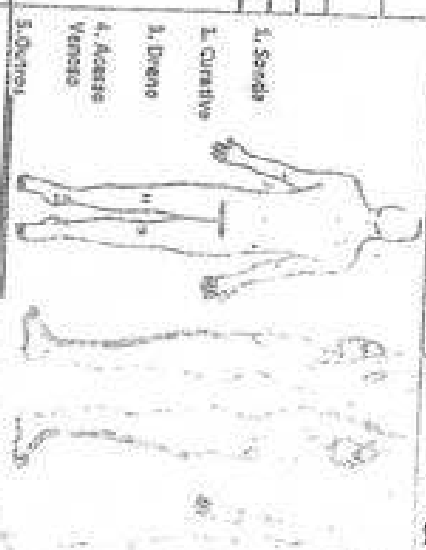
Exatidão de 100%

Exatidão de 100%

Exatidão de 100%

Exatidão de 100%

Exatidão de 100%



Localização: Prostata

Cirurgia realizada: Prostatactomia

Localização: Prostata

Localização: Prostata

Localização: Prostata

Localização: Prostata

Localização: Prostata

Localização: Prostata

Localização: Prostata

Localização: Prostata

Localização: Prostata

Destino: SALA UTI Quarto

Assi:

Entrada: Prostatactomia

Assi:

Assi:

Assi:

Assi:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Guilherme Augusto de Sousa Braga
No Operador Cirurgião Dr. Leonardo

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

Anestesia Dr. Adonias

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

~~REVISÃO DO CIRURGIÃO:~~
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

~~REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:~~
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

() REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumental, próteses e outros estão presentes e dentro da validade, de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica
() Sim, Quant: _____ Hora: _____

AS IMPLANTES ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
() Sim
() Não se aplica

Saída (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
☒ Sim () Não () Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
() Sim ☒ Não () Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
() Sim ☒ Não

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
☒ Sim () Não () Não se Aplica

Dr. Leonardo Braga
Enfermeiro
Assinatura e Carimbo

~~OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO~~
~~ALERGIA CONHECIDA~~
☒ Não () Sim, Quant: _____
~~ELA AGREA DIFICULDADE DE ASPIRAÇÃO~~
☒ Não () Sim, e equipamento/função disponível
~~RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml~~
☒ Não () Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento
~~1º e 2º Diálise~~
Dr. Leonardo Braga
Assinatura
Hora: _____

OK TAZ
TRANSPALATON

05-05-18

[illegible]

05.05.18

[illegible]

[Handwritten:] 95
100-18874m
[Printed:] 100-
[Handwritten:] 18874m
on

ANTES DA INPECÇÃO ANESTÉSICA

NOME: Guilherme Paulo Silva Aguiar
Razão Social: Dr. Paulo Aguiar

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMADO:

☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
☒ Consentimento ☐ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

☐ Aplica ☒ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA

EXISTÊNCIA DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☐ Não ☐ Sim, Qual: _____

VIA AEREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não

☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura: Dr. Paulo Aguiar

Data: 21/05/18 Assinatura: _____ Hora: 12:30

ANTES DA INPECÇÃO

Anestesiista: Dr. Cima Paula

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFIAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☐ Sim,

Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO ☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) ☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim

☒ Não

☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura: Dr. Paulo Aguiar
Assinatura: Carvalho



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SI
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Guilherme Bruno da Silva Bezerra 20 AN

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 20/04/18

DIAGNÓSTICO DE FX tornozelo + medula, 1111 + 1111

NO DIA 05/05/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Reparo de TAC e FX do péto

OPERADO PELO DR. Vitor Montenegro E DR. Bruno Lyginski

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 07/05/18 ÀS 17:00h E
COM ESTADO GERAL SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 17/05/18 ÀS 14:00h COM
DR. Da Palha Jr

Legiro 60 dias de afastamento do trabalho e
distância do acidente com o

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.



PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Thiago Muniz

Dr. Thiago Muniz
Médico-Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2009

BOA VISTA, 07/05/18

MÉDICO

2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 BARREIRA SECCIONAL DE FORTALEZA

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 980151096

NOME
 ILDIR INACIO DE SOUZA



DOC. IDENTIFIC. - RG (RACIONAR)
 114897 227 92

CPF 383.051.515-04 DATA NASCIMENTO 07/04/1978

FUNÇÃO
 JOSE SOUZA DE ASSUNCAO
 CHIEFIA I ACIO DE
 OLIVEIRA

EMISSÃO - 01/01/2015 REC - 01/01/2015 CATEG. 2A

PROPOSTA 01.019.2304 VALOR 28/01/2015 EXPIRAÇÃO 15/12/2015



(H)

PROVIDO PLASTIFICAR
 980151096

LOCAL
 BOA VISTA - SO/ALMA

DATA DE EMISSÃO
 30/01/2015
 92485240610
 92207948020

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO
 ADMINISTRAÇÃO DE VEÍCULOS

DETRAN - SECRETARIA DE TRÂNSITO



EMERGÊNCIA

GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA
CEP: 69316-702- FONE: 4008-8150
RUA DELMAN VERAS, S/N, BAIRRO: PINTOLÂNDIA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"



RECEITUÁRIO

NOME: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

RELATÓRIO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE
DIREITO QUEO PACIENTE SR.

GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA
RG-364881-8 SSP/RN FOI VÍTIMA

DE ACIDENTE DE TRANSITO TENDO
COMO DIAGNÓSTICO FRATURA DE FI-
BULA (E), FRATURA DE PATELA (E) E
FRATURA DE 3º - 5º METATARSO (E).

FOI FEITO TRATAMENTO CIRÚRGICO +
CONTROLE AMBULATORIAL. ENCONTRA-SE
FAZENDO FISIOTERAPIA. O MESMO ESTÁ
IMPOSSIBILITADO DE REALIZAR SUAS ATIVIDA-
DES LABORAIS.

Dr. Luis da Silva
Médico
CRM-729 2015

ASSINATURA E CARIMBO

DATA: 09/10/18

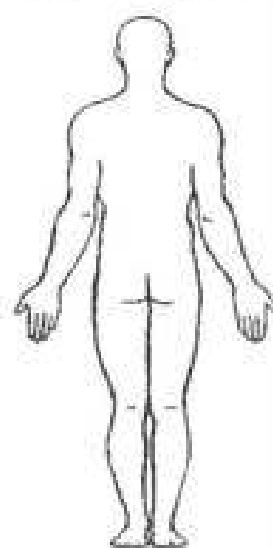
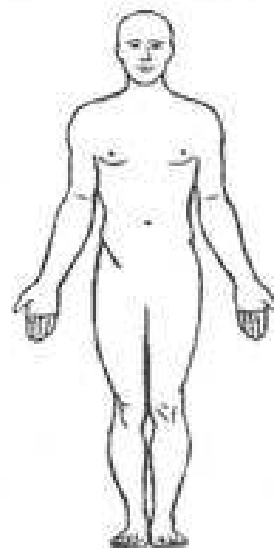
13 JUL 2018

CIPIA/EN/ITE NT CE DO E	Descrição
	Nome do Receptor
	Função do Receptor
	Assinatura do Receptor
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade. Assinatura do Paciente _____ RG _____

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG (p/ semana)	Movimentos fetais	
Perda de líquido	BCF	
☐ Com cartão ☐ Sem cartão		

Atenção (Atenção)	Espondilias	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
Reflexo Resposta Motora (RM)	Obedece a comando	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (descoordenação)	3 pontos
	Extensão (descoordenação)	2 pontos
	Sem resposta (flaccidez)	1 ponto
Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sem resposta/insensível	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto

TOTAL DE PONTOS



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Paciente Jovem 19A. condutor de motocicleta LOTE. REFERINDO MUITA DOR LOCALIZADA EM MÃO E NATURALMENTE MISSÃO MUITO COM NÓDO. APRESENTANDO LACERAÇÃO EM CALCULO E TORNOZELO ESQUERDO "FURTO" SINISTRO CLASSIFICADO COMO "IMV" SAMU - BOMBEIROS. VITIMAS FOI RETIFICADA, COM C-CER MOBILIZAÇÃO DE MIE E MSE "PROVÁVEL LUXAÇÃO PUNHO ESQ. AFERIDA SSUV. COMUNICADO AO MÉDICO REGULADOR E EVOLUINDO AO GRANDE TRAUMA.

CONFERE COM O ORIGINAL

Assinatura e carimbo do profissional

30/05/18

Assinatura e carimbo do profissional

13 JUL. 2018

BLOCO D

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

NHE
M^{re} Dora M. Guimarães
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 104.184-TE



1800938388	20/04/2018 19:47:20	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	11
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
GUSTAVO BRUNO SILVA BEZERRA		15/09/1998	19 A 7 M 5 D			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IGNORADO	NAO			M	SOLTEIRO(A/PARDA	BOA VISTA - RR
Idade	INFORMADO				Pal	Contato
MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA BEZERRA				NI		(95) 99114-1759
Endereço						Ocupação
RUA - CALEBE - 89 - CAMBARA - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sia Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.				Registrado por:
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL					LEILSON SOUSA
Queixa Principal		☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue				
Anamnese de Enfermagem		GSC AQ: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5				

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Fratura em MTE e MLE

Exame Físico

BECLOT e ASSO ALVOS

Hipótese Diagnóstica

Poltrama

SAD - Exames Complementares

☒ RAO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1 DIPIRONA 1 gr. EV		
2 TENOXICAM 40 mg EV		
③ Leptoxorone 1gr EV		
④ 7805 ml EV		
⑤ Fentanil 20 ug EV		
DR. João Henrique 20 ABR 2018		EDISON GONÇALVES DE OLIVEIRA TÉCNICO EM ENFERMAGEM COREN-RR 109.905-TE

Conduta

- ☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

- ☐ Ambulatório
☐ Observação (até 24h)
☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Nova Planalto - Tel (95) 2121-0630

AUTENTICAÇÃO

15 ABR 2018

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: leilson.sousa
Data Hora: 20/04/2018 19:48:23

SE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
RORAIMA

DOCUMENTO ORIGINAL



1 - NOME DO PACIENTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE PRESTADOR

H62

H612

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1 - NOME DO PACIENTE

2 - DATA DE NASCIMENTO

3 - SEXO

4 - Nº DO REGISTRO

no Bruno Silva Bezerra

16/09/1998

Masculino

165295

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

7 - ENDEREÇO (CASA Nº, FLOCO)

8 - CIDADE E ESTADO

210418109107813777445

Maria da Conceição Silva Bezerra

R. Celso, 89, Cambaia

Bom Jesus

9 - CIDADE DO NASCIMENTO

10 - CIDADE

11 - DATA DA INTERNAÇÃO

1212

1212

1212

12 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Prontidão de fr. 44 - Exp. TN2

13 - MINORAR RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (PRELIMINARES DE EXAMES ESPECIAIS)

Tiro amarelo

14 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Anamneze + Ex. Físico

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tiro amarelo fr. 44 Exp. TN2

16 - CIDADE

17 - DATA DA INTERNAÇÃO

18 - FOCALIZADO

19 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

01000

16/09/18

100

100

20 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

21 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

22 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

Dr. Bruno

16/09/18

23 - ACRESCENTE DE TRABALHO

24 - ACRESCENTE DE TRABALHO TÍPICO

25 - ACRESCENTE DE TRABALHO INATÍPICO

26 - CATEGORIA DE TRABALHO

27 - CATEGORIA DE TRABALHO

28 - CATEGORIA DE TRABALHO

29 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

30 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

31 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

32 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

33 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

34 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

35 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

36 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

37 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

38 - CIDADE

39 - CIDADE

40 - CIDADE

41 - CIDADE

42 - CIDADE

43 - CIDADE

44 - CIDADE

45 - CIDADE

46 - CIDADE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Av. Eng. Eduardo Gomes, S/N

Novo Planalto - RR (99) 2171-0620

AUTENTICAÇÃO

14 JUL 2018

Cópia e não se trata de presente

cópia é fiel reprodução Original

que foi apresentado neste Hospital

DOCUMENTO ORIGINAL

0408050578

5826

17/09/18

13 JUL 2018

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETEIM OPERATÓRIO

BOLETEIM OPERATÓRIO

Estudo de caso

DATA: 21, de, 18

OS:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

f + Lt exp. TN2

LOCALIZAÇÃO DO TUMOR:

TTO ciliar

LE INTERVENÇÃO:

TTO ciliar + exp. TN2

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

Ø

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

Ø mesmo

CIRURGIÃO:

Dr. Pedro

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

Dr. Pedro D. Gomes
Oncopla - Otorrinolaringologia
CRM 148.1615

TEMPO:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DM SOB Plano Anest. RM
- 2) Antiseptia + Assépsia + Lavagem
- 3) Linc. externa 10L. 50, 51.
- 4) Fixação externa Transauricular. No 1.º e 2.º
- 5) aproximação para
- 6) ciliar
- 7) Ao. PDA.

DOCUMENTO ORIGINAL

Dr. Manoel Junior
Médico Otorrinolaringologista
CRM 148.1615



13 JUL. 2018

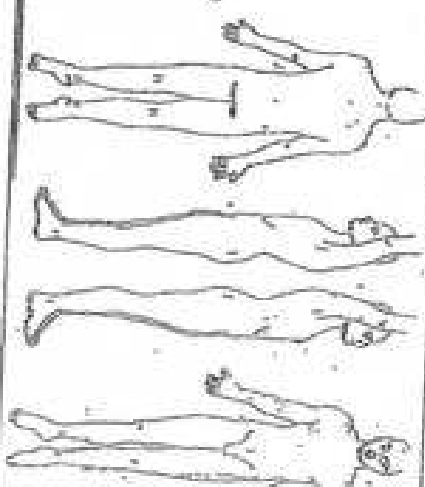
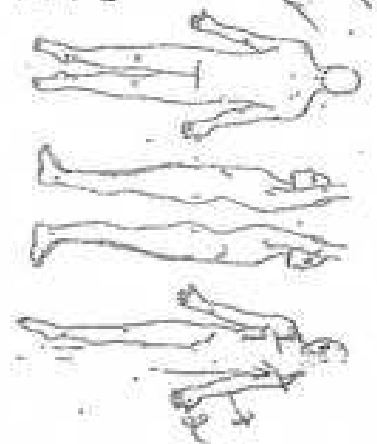
SEBAU

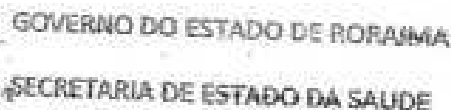


SAB - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Justino Duro da Silva Braga

SAÚDE PESSOAL - PRELIMINAR		TRANSFERÊNCIA				SRPA	
Entrada de Sala	Tubo de Grupos	Iniciado	Antesala	Término	Sala S.O.	Grupos Realizada	Antesala
21/04/18		00:20	00:30	00:22	2:35	2:40	
Nome: <u>Justino Duro da Silva Braga</u> Sobrenome: <u>Justino Duro da Silva Braga</u> Data de Nascimento: <u>00/00/00</u> Sexo: <u>M</u> Estado Civil: <u>Solteiro</u> Profissão: <u>Enfermeiro</u> Endereço: <u>Av. ...</u> Cidade: <u>...</u> Estado: <u>...</u>		Antecedentes: Cirúrgicos: <u>...</u> Médicos: <u>...</u> Trauma: <u>...</u> Outras: <u>...</u>		Diagnóstico: <u>...</u> Procedimento: <u>...</u> Anestesia: <u>...</u> Tipo de Anestesia: <u>...</u> Dose: <u>...</u> Efeitos: <u>...</u> Outras: <u>...</u>		Localização: Sala: <u>...</u> Cama: <u>...</u> Outras: <u>...</u>	
Informações: Antecedentes: Cirúrgicos: <u>...</u> Médicos: <u>...</u> Trauma: <u>...</u> Outras: <u>...</u>		Exatidão na S.O.: <u>...</u> () Sim () Não () Menor () Não X () Outros: <u>...</u>		Balanço Hídrico: Entrada: <u>...</u> Saída: <u>...</u> Outras: <u>...</u>		Balanço Hídrico: Entrada: <u>...</u> Saída: <u>...</u> Outras: <u>...</u>	





FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Gustavo Bruno Silva Lyra	G.T		25/10/15

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Des. Prática Externa Pí e tangulo	10:30	09:35	

CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA	
1º AUXILIAR	ANESTESISTA:	2º Michael
	RES. ANESTESIA:	
	INSTRUMENTADOR	

2º AUXILIAR		
	CIRCULANTE	

TIPO DE ANESTESIA:	<i>Raqui</i>	<i>Fabio de Paula</i>
QUANT.	MATERIAIS	TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MADEIRAS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
0	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		0000	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
0	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYLN	
	LUVA ESTÉRIL 8.0		112	FIO MONONYLON Nº 3.1 / 2.0	
1	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS M			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
7	LÂMINA BISTURIN Nº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		7	FIO SEDA Nº 4/0	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATAN	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA	
100ml	Alcool 70%		1	OUTROS:	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Silvia</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB- TOTAL
PROF. RESPONSÁVEL			
PROF. RESPONSÁVEL		TAXA DE SALA	
PROF. RESPONSÁVEL		TAXA DE ANESTESIA	
PROF. RESPONSÁVEL			SOMA
PROF. RESPONSÁVEL		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

DOCUMENTO
ORIGINAL

AUTENTICAR

18 MAR 2010
Certifico e Dou a F. e a P. a Presen-
cia do 1.º e 2.º Reprodutão Original
que foi apresentado neste Município

13 JUL. 2018

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: _____
Ra: _____

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMADO:

- ☒ Identidade
☐ Sítio Cirúrgico
☐ Procedimento
☒ Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO
☐ Aplica ☒ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
☒ Não ☐ Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
☒ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
☐ Não ☒ Sim, e acesso endovenoso adequado, e planejamento

em 11, 04/10 Assinatura: _____
Data: 11/04/10 Hora: 09:12

ANTES DA INCISÃO

Anestesia: _____

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:
☒ Identificação do paciente
☐ Sítio cirúrgico
☐ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:
☒ REVISÃO DO CIRÚRGICO:

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

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PERFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.
☒ Não se aplica ☐ Sim, Qual: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
☒ Sim ☐ Não se aplica

DOCUMENTO DE PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES
(Sala Pós Operatória)

1. Nome do Paciente	2. Nome do Cirurgião
3. Nome do Anestesiologista	4. Nome do Enfermeiro
5. Nome do Técnico	6. Nome do Auxiliar
7. Nome do Médico	8. Nome do Anestesiologista
9. Nome do Cirurgião	10. Nome do Enfermeiro
11. Nome do Técnico	12. Nome do Auxiliar
13. Nome do Médico	14. Nome do Anestesiologista
15. Nome do Cirurgião	16. Nome do Enfermeiro
17. Nome do Técnico	18. Nome do Auxiliar
19. Nome do Médico	20. Nome do Anestesiologista
21. Nome do Cirurgião	22. Nome do Enfermeiro
23. Nome do Técnico	24. Nome do Auxiliar
25. Nome do Médico	26. Nome do Anestesiologista
27. Nome do Cirurgião	28. Nome do Enfermeiro
29. Nome do Técnico	30. Nome do Auxiliar
31. Nome do Médico	32. Nome do Anestesiologista
33. Nome do Cirurgião	34. Nome do Enfermeiro
35. Nome do Técnico	36. Nome do Auxiliar
37. Nome do Médico	38. Nome do Anestesiologista
39. Nome do Cirurgião	40. Nome do Enfermeiro
41. Nome do Técnico	42. Nome do Auxiliar
43. Nome do Médico	44. Nome do Anestesiologista
45. Nome do Cirurgião	46. Nome do Enfermeiro
47. Nome do Técnico	48. Nome do Auxiliar
49. Nome do Médico	50. Nome do Anestesiologista
51. Nome do Cirurgião	52. Nome do Enfermeiro
53. Nome do Técnico	54. Nome do Auxiliar
55. Nome do Médico	56. Nome do Anestesiologista
57. Nome do Cirurgião	58. Nome do Enfermeiro
59. Nome do Técnico	60. Nome do Auxiliar
61. Nome do Médico	62. Nome do Anestesiologista
63. Nome do Cirurgião	64. Nome do Enfermeiro
65. Nome do Técnico	66. Nome do Auxiliar
67. Nome do Médico	68. Nome do Anestesiologista
69. Nome do Cirurgião	70. Nome do Enfermeiro
71. Nome do Técnico	72. Nome do Auxiliar
73. Nome do Médico	74. Nome do Anestesiologista
75. Nome do Cirurgião	76. Nome do Enfermeiro
77. Nome do Técnico	78. Nome do Auxiliar
79. Nome do Médico	80. Nome do Anestesiologista
81. Nome do Cirurgião	82. Nome do Enfermeiro
83. Nome do Técnico	84. Nome do Auxiliar
85. Nome do Médico	86. Nome do Anestesiologista
87. Nome do Cirurgião	88. Nome do Enfermeiro
89. Nome do Técnico	90. Nome do Auxiliar
91. Nome do Médico	92. Nome do Anestesiologista
93. Nome do Cirurgião	94. Nome do Enfermeiro
95. Nome do Técnico	96. Nome do Auxiliar
97. Nome do Médico	98. Nome do Anestesiologista
99. Nome do Cirurgião	100. Nome do Enfermeiro

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☐ Sim ☒ Não ☐ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
☐ Sim ☒ Não

☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo: _____
Data: 10/04/10

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

409
1

DATA DE ADMISSÃO	20/04/2018	DIH	22/04/2018	DN	15/09/1998
PACIENTE	GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA				
AGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZEIRO ESQUERDO				
ALERGIAS	N	HAS	N	DM2	N
IDADE	19 ANOS	LEITO	409-1	DATA	26/04/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12 HORAS (INÍCIO 20/4/18)				
	GENTAMICINA 240 MG 1X DIA (INÍCIO 23/4/18)				
6	TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H SE DOR INTENSA				
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				
8	TILATIL 40 MG EV 1X DIA				
9	RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS				
10	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SSV + CCGG 6/6 H				
13	CURATIVO DIÁRIO				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 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					

13 às 19
Administrado
medicação e por
apresentando SSV.

Antônio Manoel Vitorino
Técnico de Enfermagem
CONCREGE 303 281.476

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO: SOLICITAR PRÉ OPERATÓRIO

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS V	PA	EC	FR		Dr. Thiago Muniz CRM/RR 2009 Médico Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	125/64	66	20	35.9	
12 H	139/62	66	—	36.20	
18 H	140/83	73	19	36.48	
24 H	109/80	79	20	36.2	

13 às 17 administrado medicação verificando sinais vitais





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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - CID

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CID

16 - CID

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura + luxação de tornozelo (E) + Fratura de 3º, 4º e 5º metatarsais.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Traumatismo Crânio-cérebro

Dr. Roderick R. Silva
Médico
Traumatologia e Ortopedia
CRM 1733

19 - FUNDAMENTAÇÃO DA PRELIMINAR (ACME - INDICAR OS EXAMES REALIZADOS)

2X

Dr. Marcelo Marques
Médico
Traumatologia e Ortopedia
CRM 1733

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

FX de Luxação de Tornozelo (E) + FX de 3º, 4º e 5º MTT

21 - CID

PROCEDIMENTO SOLICITADO

22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Plastometria de FX de Tornozelo (E) + 3º, 4º, 5º MTT (E)

23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - CLÍNICA

25 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

26 - DOCUMENTO

27 - Nº DOCUMENTO (CNPQ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

29 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Edson / Marcelo Marques

27/04/18

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

31 - ACIDENTE DE TRABALHO

32 - CNPJ DA SEGURADORA

33 - Nº DO BILHETE

34 - SÉRIE

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - CNPJ EMPRESA

37 - CNPJ DA EMPRESA

38 - CNPJ

39 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

41 - EMPREGADO

42 - INTERMITENTE

43 - AUTÔNOMO

44 - TERCEIRIZADO

45 - APRENDIZADO

46 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CID, CBO, CBO

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DO DOCUMENTO (CNPQ) DO PROFISSIONAL ASSINANTE

52 - CID

53 - CPF

54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0415030013

0408050578-5826

0408050462-5977

174 13 JUL 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Guilherme Barros da Silva Bezerra

Data: 17/04/18

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Dr. L. L. L.

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

NÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

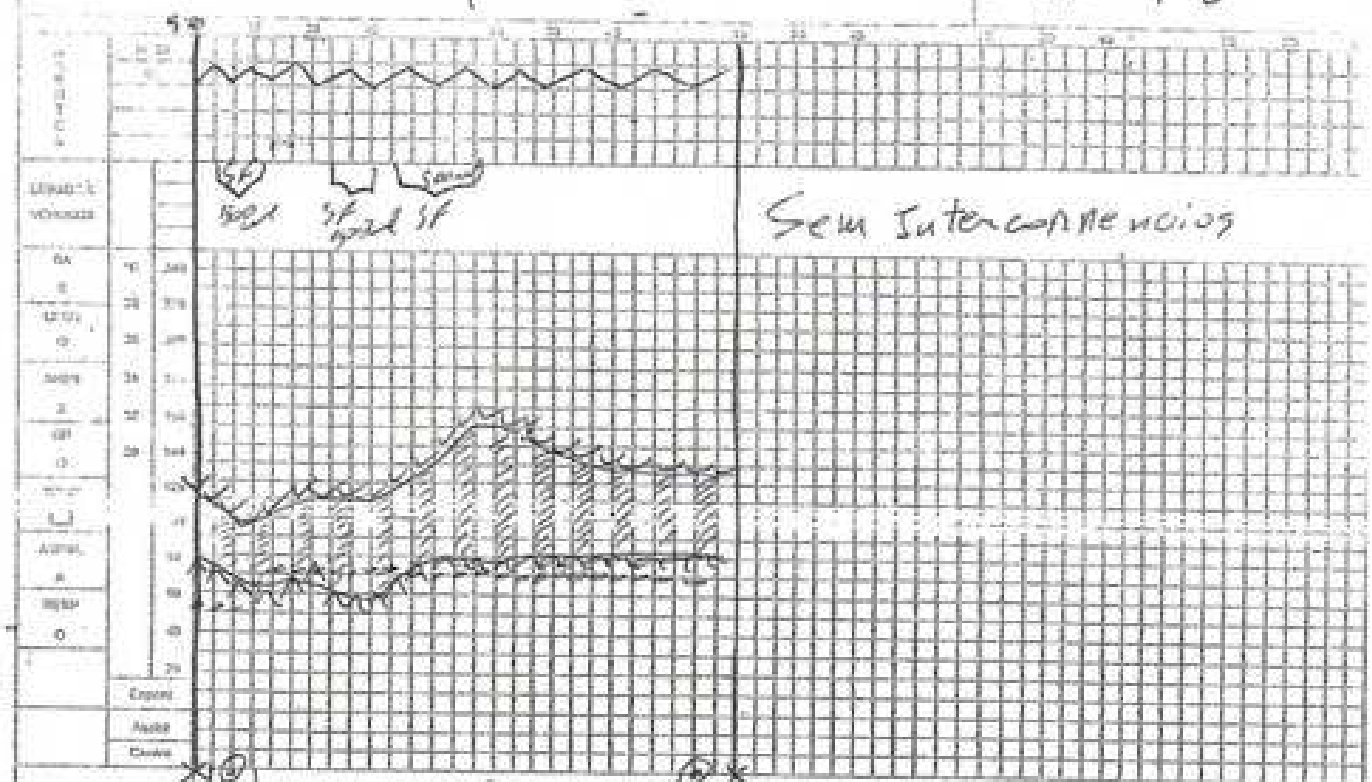
1. Paciente em RPD, com queimadura;
2. AA + CEF + Lesão da estrutura de Sinus de Torquato (E)
Incisão longitudinal anteroposterior em torquato (E) + Dissecção por plano até o forame
Infundibular;
Redução omeia da FK com omeia os intuídos de sinuagem + colocação de placa
anterior + parafusos de 2 parafusos anteroposteriores;
LKE + Sutura da pele;
Incisão longitudinal na face dorsal de pé (E) + Parafusos de FK
na contusão mediana de 3º, 4º e 5º metatarsais;
Sutura da pele;
Curativo
A RPD.

13 JUL. 2018

O. Augusto
 e. Amador
 27/04/18

Gustavo Bruno da Silva Sousa
 Paciente 100mg {Sofisticado

27/04/18



Paciente Gustavo Bruno da Silva Sousa 100mg 150mg	História Hipertensão Arterial Diabetes Mellitus Doença Renal Crônica	Análise R. 100 bpm R. 120 bpm R. 150 bpm
Exames Hemograma Perfil Lipídico Creatinina	Exames Hemograma Perfil Lipídico Creatinina	Exames Hemograma Perfil Lipídico Creatinina
Tratamento 100mg 150mg	Tratamento 100mg 150mg	Tratamento 100mg 150mg

O. Augusto
 e. Amador
 27/04/18

A.

Dr. Augusto
 Dr. Amador

27/04/18
 13 JUL. 2018

BOLETIM OPERATÓRIO

Data

05.01.18

O.S.

Leitane Bruno
J. Luis Bezerra

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Pet em DUH sob plano anterior
- 2) compressa + anti-séptico + colocação de curativo estéril.
- 3) Incisão em região da topografia de Fabre
- 4) alongamento da pele
- 5) localização de fratura de Fabre + aplicação de atelamento Bandeira de Tarsus.
- 6) Incisão lateral em 1/2 (1/2) + localização de antena por via
- 7) remoção momentânea de placa de antena por via
- 8) fixação e descolamento de placa 1/3 de comprimento + parafusos
- 9) fechamento por planos
- 10) Controle com sutura + curativo estéril por 24h

13 JUL. 2018



SUS

Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

3 - CIES

4 - CNAES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE EM CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO EXAME DIAGNÓSTICO

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID 23 - CID SECUNDÁRIA 24 - CID TERCIÁRIA

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CRM/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº DO BAHETE

36 - SÉRIE

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNAE DA EMPRESA

40 - CBO

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

42 - EMPREGADO

43 - EMPREGADOR

44 - AUTÔNOMO

45 - DESEMPREGADO

46 - INAPRESENTADO

47 - NÃO SEGURO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

49 - CID, Causa externa

50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

51 - DOCUMENTO

52 - Nº DOCUMENTO (CRM/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

53 - CIES

54 - CNAES

55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050527-582
V299

42 JUL 2018



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - S
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Guilherme Bruno da Silva Pereira 20 AN

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 20 10 18

DIAGNÓSTICO DE FX tornozelo + metatarsos III + IV + V

NO DIA 25 10 18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO D
Redução da TMC + FX de pétole SE

OPERADO PELO DR. Vitor Montenegro E DR. Guilherme Pereira

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 02 10 18, ÀS 12:00h,
COM ESTADO GERAL SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 17 10 18, ÀS 14:00h, COM
DR. Da Cunha Jr

Levar 60 dias de afastamento do trabalho
Prática do exercício físico

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.



PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. João Carlos

Dr. Thiago Muniz
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2009

BOA VISTA, 02 10 18

MÉDICO

2018



44.0 %

20/4/2018 20:17:20

GUSTAVO BRUNO DA SILVA

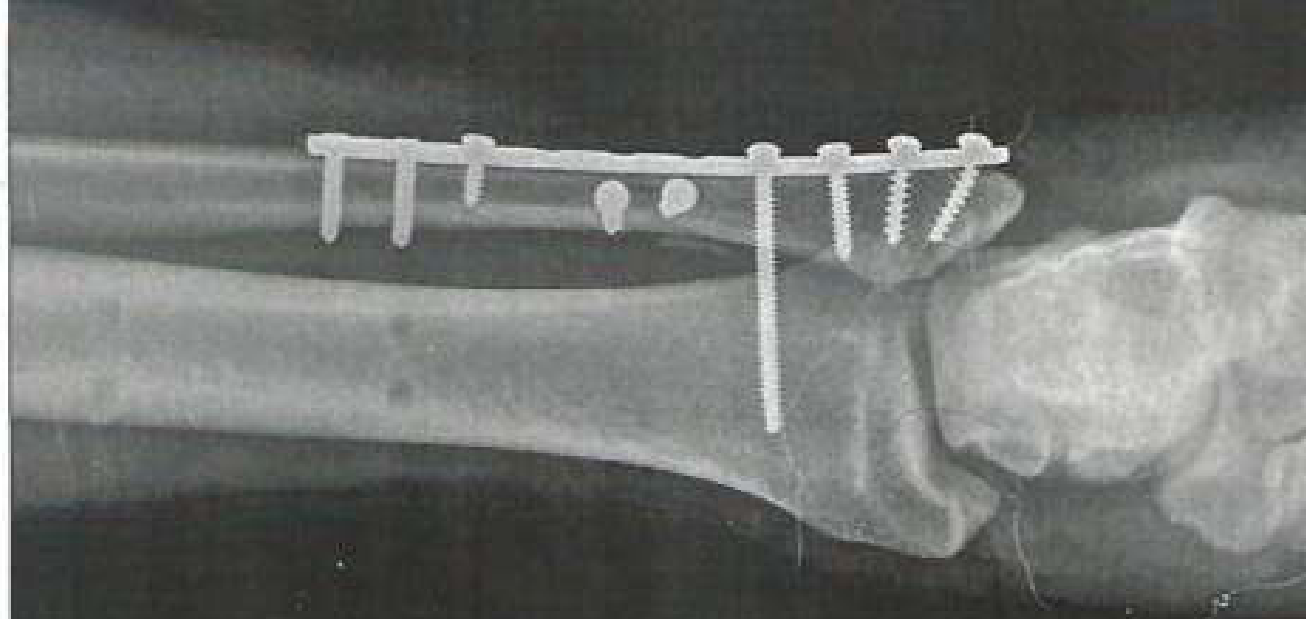
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



59.4 %

20/4/2018 20:17:20

E



72.2 %

28/4/2018 11:35:51

GUSTAVO BRUNO

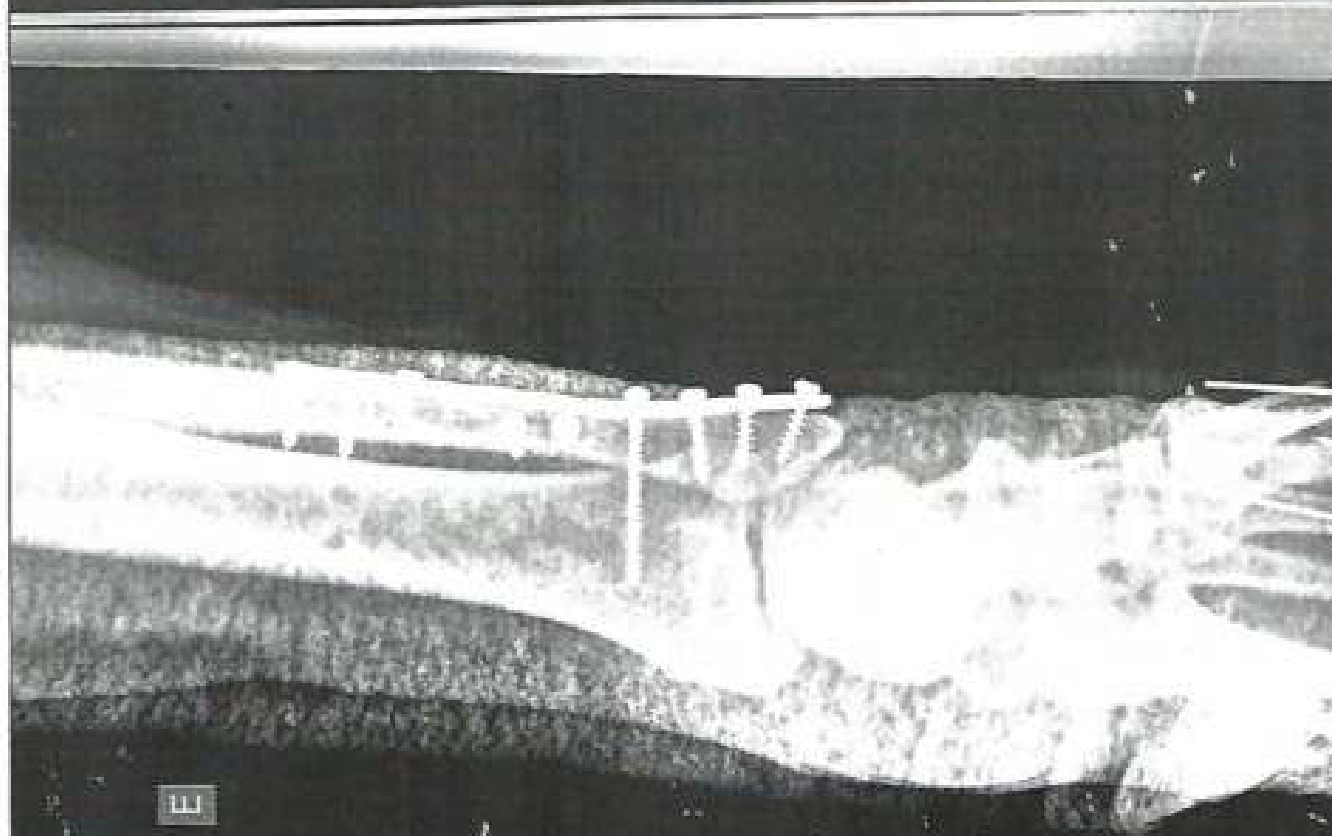
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



72.3 %

28/4/2018 11:36:51

E



GUSTAVO BRUNO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

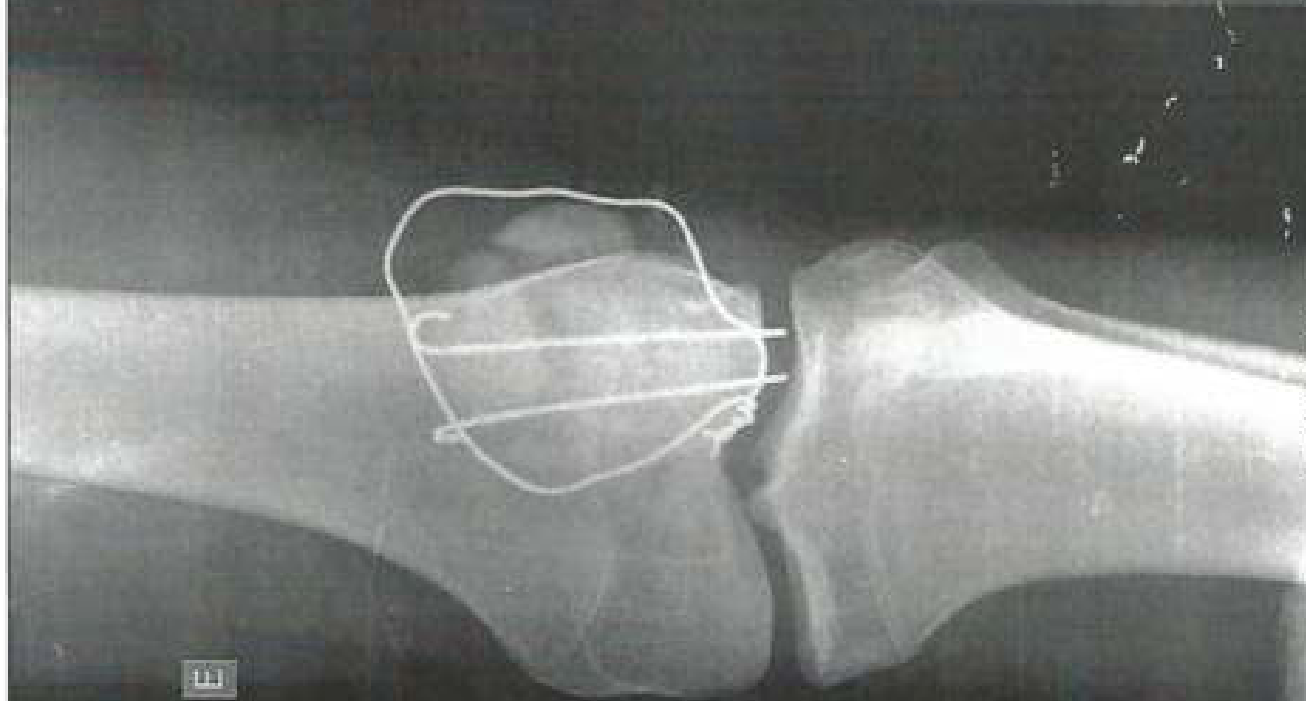
409-1 BL D

TRAUMATOLOGIA ORTOPEDIA

7/5/2018 11:18:08

55.0 %

E



61.9 %

7/5/2018 11:12:08

GUSTAVO BRUNO

409-1 BL D

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ALVARO ED. DORILEY



60.0 %

7/5/2018 11:12:08

1800930398		20/04/2016 19:47:20		FICHA DE ATENDIMENTO - TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 19-		11
Paciente	GUSTAVO BRUNO SILVA BEZERRA			Data Nascimento	Idade	CNS	CPR	Prontuário		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade	Nacionalidade		
IGNORADO	NAO			M	SOLTEIRO(A/PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA			
Mãe	INFORMADO			Pai	(98) 99114-1759			1652919		
MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA BEZERRA				NI		Contato			Ocupação	
Endereço				RUA - CALEBE - 89 - CAMBARÁ - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis. Prenatal			
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA									
Sector	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:					
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				LEILSON.SOUSA					
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue		
Anamnese da Enfermagem				GSC		TOTAL				
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						

Exame em ME e MSE

Exame Físico

BEC LOTE ASS MELVAD

Hipótesis Diagnóstica

SAD - Exames Complementares

☒ RAIID - X ☐ ULTRA - SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1 DIPIRONA 1 gr. EV		
2 TENOXICAM 40 mg EV		
③ Ceftriaxone 1 gr EV		
④ FOS sul T M		
⑤ Fentanil 20 µg EV		
 DR. João Henrique CRM: 20.412-4/RJ 20 ABR. 2018		 EDILSON GONÇALVES DE TECHICO EM ENFERM COREN-RJ 850.944

Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revólva ☐ Transferência para:	☐ Ambulatório ☐ Observação (Ata 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta: 15/11/2010	HOSPITAL BRAS. DE AMBULATÓRIO Av. Bóg. Eduardo Gomes, S/N Nova Friburgo - RJ (RJ) 21221-0020 AUTENTICAÇÃO _____ _____
---	---	--

Hóste

Antes do 1º Atendimento?	/	1 Sim /	2 Não	Diretório:	/	Família	/	3 Nã. Assessoria Psicológica	/	4
--------------------------	---	---------	-------	------------	---	---------	---	------------------------------	---	---

Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico
---------------------------------------	--------------------------------

Impresso per: **leimon.souza**
Data Hora: 25/04/2014 19:48:23

DOCUMENTO ORIGINAL

1800000000

Sistema Unico de Saude Ministério da Saude

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO PACIENTE: 162

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE HOSPIZANTE: 1612

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: JOÃO BRUNO SILVA BEZERRA

4 - NÚMERO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO (CPF): 710481091078377445

5 - DATA DE NASCIMENTO: 15/09/1998

6 - SEXO: MASC

7 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Maria da Conceição Silva Bezerra

8 - ENDEREÇO: R. Calisto, 89, Cambaia

9 - CIDADE: Bom Jesus

10 - ESTADO: PI

11 - DATA DE RECEBIMENTO: 05/09/2018

12 - NÚMERO DE CONTATO: 9117159

Prontuário nº 124 - Exp. TNE

13 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: TPO. câncer

14 - INFORMAR RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (PRELIMINARES DE EXAMES REALIZADOS): Anamnese + Ex. Físico

15 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: fx lt exp. TNE

16 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TPO. câncer fx lt exp. TNE

17 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0100

18 - CLÍNICA: LABORATÓRIO

19 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSINANTE: Dr. Bruno

20 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 12/09/2018

21 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CONSELHO: *[Assinatura]*

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. BR-01, Eduardo Gomes, S/N
Nova Planalto - Tel (95) 2121-0020

AUTENTICAÇÃO

12 de Set de 2018

Carimbo e Assinatura que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentado neste Hospital

DOCUMENTO ORIGINAL

22 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

23 - ACIDENTE DE TRABALHO: 01

24 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO: 01

25 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO: 01

26 - VÍCIOS COM A PREVENÇÃO: 01

27 - Nº DO RELATÓRIO: 01

28 - SÉRIE: 01

29 - DATA DA ENTREVISTA: 01

30 - CIDADE: 01

31 - ESTADO: 01

32 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: 01

33 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. Bruno

34 - Nº DO DOCUMENTO (CHISOP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 01

35 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 12/09/2018

36 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CONSELHO: *[Assinatura]*

37 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. Bruno

38 - Nº DO DOCUMENTO (CHISOP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 01

39 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 12/09/2018

40 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CONSELHO: *[Assinatura]*

41 - Nº DO DOCUMENTO DE INTERNAÇÃO: 0408050578

42 - Nº DO DOCUMENTO DE INTERNAÇÃO: 5826

43 - Nº DO DOCUMENTO DE INTERNAÇÃO: 1799

44 - DATA DE EMISSÃO: 13/09/2018



AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

Prontuário 00165295	Data Internação 21.04.18	Data da Saída 27.04.18
Número da AIH: 141830000659-4		
Enfermaria 409	Leito 05	

Dados do Paciente

Estabelecimento Executante HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR		CNES 2319659	
Nome do Paciente GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA			
Cartão do SUS 704809078377445	Data de Nascimento 15/09/1998	SEXO 1 - Masculino	Raça/Cor PARDA
Nº RG, CPF ou Registro de nascimento Ignorado - NAO INFORMADO		Nacionalidade BRASILEIRA	
Nome da Mãe MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA BEZE			
Nome do Responsável GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA		Fone p/ Contato (95) 99114-1759	
Endereço RUA - CALEBE	Número 89	Bairro CAMBARA	
Município BOA VISTA	Código do IBGE 140010	UF RR	CEP 69.313-365

Dados da Internação

CPF Médico Sol - CRM 3635	Médico Solicitante Pedro Di Giacanni	Cartão SUS
Procedimento Solicitado 0908050578	Procedimento Principal	Esp
Em caso de Parto: Naso Vivo ☐ Naso Morto ☐	☐ Alta ☐ Trans ☐ ybito	

Procedimentos Realizados

Linha	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Ope	CPF/CNPJ	CRM	CBO	QNT	C.UTI
01	01				3635		01	
02	06				1506		01	
03	07				2009		04	
04	07				3831468		01	
05	01	0908050578			69381		02	
06			20				01	
07			23				01	
08			31				01	
09			36				01	
10			44				01	
11								
12								
13								
14		0302030106		24104118	09	347	01	
15								

Autorização

Nome Médico Autorizador Ronaim Pacheco de Carvalho	Data Autorização 21/04/18	CPF Autorizador 768.264.736-15	CNS Autorizador 898 0007 5018 1917
Nome do Médico Auditor	Data Auditoria	CPF Auditor	CNS Auditor

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETEIM OPERATÓRIO

BOLETEIM OPERATÓRIO

Estudo de Caso

Data: 21.04.18

O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

R + Lt + Ep. Tnz

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Tro. Círculo

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Tro. Círculo + Ep. Tnz

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Ø

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

O mesmo

QUIRURGO:

Dr. Pedro

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Paciente em sala 503 Plano Anest. RM

2) Antissepsia + Assépsia + Lavagem

3) Linc. trausica 10L. 50, 9x.

4) Fixação externa TRANSDERMICA. 10x1. 10x1.

5) Proximidade para DOCUMENTO ORIGINAL

6) Círculo

7) Ao PDA.

Dr. Pedro
Médico Cirurgião
CRM 10.100



13 JUL. 2018



FICHA DE ANESTESIA

Guilherme Bruno S. Wan Bezerra, 19a

21.04.2018

[illegible]

~~Michael M. Moore
Major Accounting Clerk
CRM - 401106~~

13 JUL 2018

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

NOME: Guilherme Moura S.O. Jr. CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

RECETA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Gustavo Bruno Silva Lyra	5.7		26/04/2018

TIPO	CIRURGIA		
Est. Int. - Apêndice e Círculo	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	10:30	02:35	

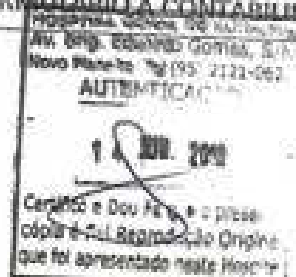
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA		
1º AUXILIAR	ANESTESISTA:		
2º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:		
	INSTRUMENTADOR		
	CIRCULANTE		

TIPO DE ANESTESIA:	TEMPO DE DURAÇÃO:
Raqui	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		0000	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL	
1	LUVA ESTERIL 8.0		112	FIO MONONYLON Nº 3.0/2.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS 1/4			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURIN Nº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
1	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
1	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº 4/0	
1	SERINGA 01ML		1	SURGICEL	
1	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSO	
1	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATAN	
1	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA	
1	NOVA 70%		1	OUTROS:	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Silvia de M. N. C.	SUB- TOTAL		
ACIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
	Fabio	TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

DOCUMENTO ORIGINAL.



13 JUL. 2018

409-1

03



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

PACIENTE

GUSTAVO BRUNO SILVA BEZERRA

DIH

DN

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

NEGA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

DATA

21/04/2018

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

4

TILATIL 20MG EV 12/12H

5

DIPIRONA 1G EV DE 6/6H

6

TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 20 GTS VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8

RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N

9

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

10

SSVV + CCGG 6/6 H

12

CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG

14

CURATIVO DIÁRIO

15

CEFTAZIDIMA 1G EV DE 8/6H

16

METRONIDAZOL 400MG EV OU VO DE 8/8H

17

GENTAMICINA 240MG EV 1X/DIA

18

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).

19

CONFORME ESQUEMA: 200-250: 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

20

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

NIR

Regulado
para leito

Bloco D - 854-0

Regulação Interna

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPÉDIA E
TRAUMATOLOGIA.

SINAIS VITAIS	PA	FC	T
6 H	152/72	67	37.3
12 H	150/98	73	36.6
18 H	160/80	84	36.5
24 H	140/72	80	37.4

14 de 07 de

Realizado an. med. com
H. Roraima, mas aplicação de
SSVV, conforme prescrição.Dr. Hamilton
Assinatura: 110-20.207 de 19 - Paciente no leito.
Foi med. epon. aplicado SSVV.
Segue aos cuidados da
enfermagem.
Maria Antonia Costa
Ass. de Enfermagem

13 JUL. 2018

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

Nome _____
Assinatura do Cirurgião _____

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
☒ Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

- ☐ Aplica ☒ Não se Aplica

RISCO DEBARKADO

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ☐ Não ☐ Sim, Qual: _____

VA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☒ Não

☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☒ Não

☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento

Assinatura _____
Data: 11/04/10

Anestesia _____

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILOXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- ☐ Não se aplica

☐ Sim, Qual: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☒ Não se aplica

DOCUMENTO ORIGINAL
SALA DE OPERAÇÕES
PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES
Assinatura do Anestesiologista _____
Assinatura do Cirurgião _____
Assinatura do Enfermeiro _____
Assinatura do Anestesiologista _____
Assinatura do Cirurgião _____
Assinatura do Enfermeiro _____

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ANESTESIA E CIRURGIA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO ☒ Sim ☐ Não

- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

- 3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) ☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO ☐ Sim ☒ Não

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO ESTE PACIENTE ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo _____

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

409
1

DATA DE ADMISSÃO	20/04/2018	DIH	22/04/2018	DN	15/09/1998
PACIENTE	GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA				
AGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TORNOZEIRO ESQUERDO				
ALERGIAS	N	HAS	N	DM2	N
IDADE	19 ANOS	LEITO	409-1	DATA	26/04/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12 HORAS (INÍCIO 20/4/18)				
	GENTAMICINA 240 MG 1X DIA (INÍCIO 23/4/18)				
6	TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H SE DOR INTENSA				
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				
8	TILATIL 40 MG EV 1X DIA				
9	RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS				
10	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H (S/N)				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13	CURATIVO DIÁRIO				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 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					

NT#
13 às 19
Administrado
medicação e p/
aparelho SSV
Julio Mendes Junior
Técnico de Enfermagem
CRP 008 367.202.25

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BÉG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO: SOLICITAR PRÉ OPERATÓRIO

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS V	PA	FC	FR	
6 H	125/64	66	20	35.9
12 H	125/62	66	—	36.20
18 H	140/93	71	19	36.48
24 H	109/80	79	20	36.2

Dr. Thiago Muniz
 CRM/RR 2009
 Médico Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

19 às 07 administrado medicação verifico sinais vitais





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

2 - CIES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CIES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - SEXO

9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

13 - CDD. REG. MUNICIPAL

14 - UF

15 - CID

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

16 - PRINCIPAIS EXAMES E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura e luxação de tornozelo (E) + Fratura de 3º, 4º e 5º metatarsais.

17 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Trauma muito crônico

Dr. Anderson R. Silva
Médico
Traumatologia e Ortopedia
CRM 1733

18 - FUNDAMENTAÇÃO DO LAUDO (SUA SÍNTESE DAS PRINCIPAIS DADOS DE EXAMES REALIZADOS)

2X

Dr. Marcelo Marques
Médico
Traumatologia e Ortopedia
CRM 1733

19 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura e luxação de Tornozelo (E) + Fratura de 3º, 4º e 5º MTT

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Platiband de Fratura de Tornozelo (E) + 3º, 4º e 5º MTT (E)

22 - CLÍNICA

23 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

24 - DOCUMENTO

25 - Nº DOCUMENTO (CNS/CP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

26 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

27 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

28 - ASSINATURA E CARIMBO (CP DO REGISTRO DO CONSELHO)

Anderson / Marcelo Marques

27/04/18

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

29 - ACIDENTE DE TRABALHO

30 - CDD DA SEGURADORA

31 - Nº DO BILHETE

32 - SÉRIE

33 - ACIDENTE DE TRABALHO TRÍPO

34 - CDD DA EMPRESA

35 - CDD DA EMPRESA

36 - CDD

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

39 - PREVIDÊNCIA

40 - AUTÔNOMO

41 - CDD/REGISTRO

42 - APOSENTADO

43 - NÃO SEQUENCIADO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - CDD. CDD. EMBR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (CP DO REGISTRO DO CONSELHO)

17/4/18

0415030013
0408050578 → 5826
0408050462 → 5299
13 JUL. 2018 5977

17.4 cr



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 27, 04, 18

O.S. _____

Gustavo Bueno da Silva Bezerra

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Dr. Elderson

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESIAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

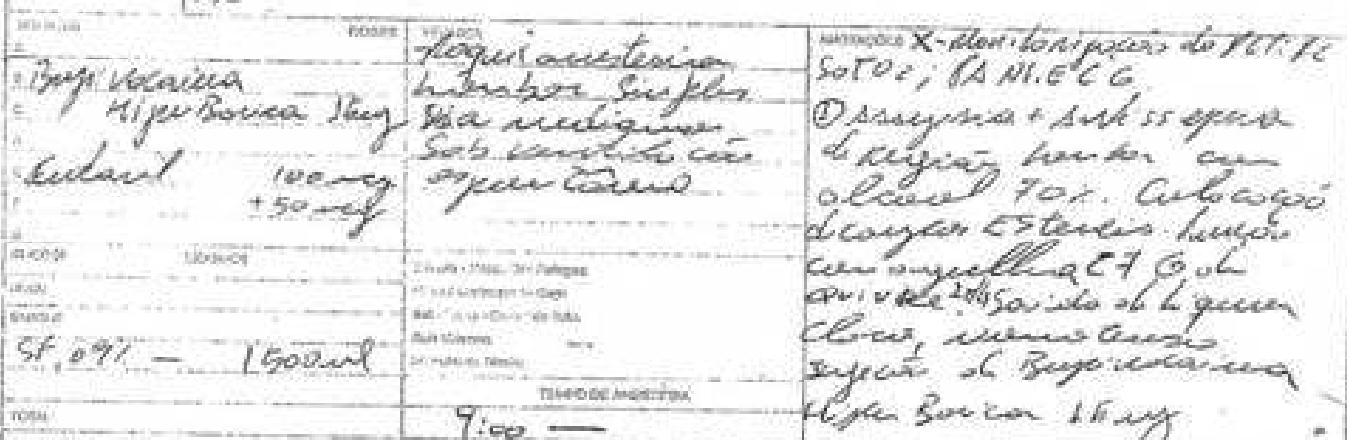
RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Paciente em DDH, pele escurecida;
2. AA + CCE + Indicação de fratura de Sinus de Tarsometatarsais (E)
Incisão longitudinal cutânea em tarsometatarsais (E) + Dissecção por plano até o foc
fratura;
Redução com o auxílio de alfinetes de Kirschner + colocação de placa
artificial + parafusos de 2 parafusos intramedulares;
LAC + Sutura da pele;
Incisão longitudinal pele foc dorsal de pé (E) + Parafusos de FK
de cantos mediano de 3º, 4º e 5º metatarsais;
Sutura de pele;
Curativo
A RPL.

13 JUL. 2018

IL DE 1997-1998

27/04/18



Demographic - Artificial
Health Requirements - 6.0000

Ameyo E. Webb

② *Atriplex* 3g 10

13 JUL. 2018

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 05.01.18 O.S.

Guilherme Bueno
J. L. P. Bezerra

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de fêmur + lesão de articulação do joelho

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Estabilização da fratura + correção da articulação do joelho

TIPO DE INTERVENÇÃO: Hótese

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIÃO: Vitor M. de M. Monteiro

1º AUXILIAR: Bruno F. Santos

2º AUXILIAR: Jucelino

INSTRUMENTADORA: Paulo

3º AUXILIAR: Dr. Paulo

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Fêmur DUH sob plano anterior

2) compressão + anti-rotacional + colocação de lâminas distais

3) Incisão em região da topografia de fêmur

4) alongamento

5) fixação de fêmur + afixação de placa

6) Incisão lateral na região da articulação do joelho

7) remoção da placa de entrada provisória

8) remoção da placa de entrada provisória + colocação de placa 1/2 de comprimento + parafusos

9) fechamento da ferida

10) controle com sutura + curativo



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

3 - CNES

4 - CATEGORIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

21 - CÓDIGO PRINCIPAL 22 - CÓDIGO DE SEÇÃO 23 - CÓDIGO DE SUBSEÇÃO 24 - CÓDIGO DE SUBSEÇÃO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº DO BILHETE

36 - SÉRIE

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CBO

41 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

44 - EMPREGADOR

45 - AUTÔNOMO

46 - DESEMPREGADO

47 - APOSENTADO

48 - NÃO DECLARADO

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

50 - CÓD. ORGÃO EMISOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - DOCUMENTO

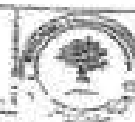
53 - Nº DOCUMENTO (CONSOP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050527a582
V299

13 III 2018



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SI
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Everson Bruno da Silva Rezende 20 AN

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 20/04/18

DIAGNÓSTICO DE FX Tornozelo + med/ula tibia + patela

NO DIA 25/05/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Reconstrução da TNE e FX da patela

OPERADO PELO DR. Vitor Montenegro E DR. Everson / Quinol

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 02/05/18, ÀS 12:00h, E
COM ESTADO GERAL SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 17/05/18, ÀS 14:00h, COM
DR. Dr. Roberto Jr

Seguir 60 dias de afastamento do trabalho e
distância do acidente com

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL. REALIZAR RX COM ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.



PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Thiago Murilo

Dr. Thiago Murilo
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2009

BOA VISTA, 02/05/18

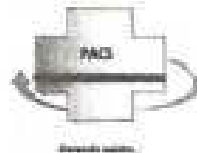
MÉDICO

2018



EMERGÊNCIA

GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA
CEP: 69316-702- FONE: 4009-9150
RUA DELMAN VERAS, S/N, BAIRRO: PINTOLÂNDIA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"



RECEITUÁRIO

NOME: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

RELATÓRIO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE
DIREITO QUEO PACIENTE SR.

GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA
RG-364885-8 SSP/RN FOI VÍTIMA

DE ACIDENTE DE TRANSITO TENDO
COMO DIAGNÓSTICO FRATURA DE FI-
BULA (E), FRATURA DE PATELA (E) E
FRATURA DE 3º-5º METATARSO (E).

FOI FEITO TRATAMENTO CIRÚRGICO +
CONTROLE AMBULATORIAL. ENCONTRA-SE
FAZENDO FISIOTERAPIA. O MESMO ESTÁ
IMPOSSIBILITADO DE REALIZAR SUAS ATIVIDA-
DES LABORAIS.

Dr. Luciana Silva
Médico
Tela 701 2015

ASSINATURA E CARIMBO

DATA: 04/10/18



44.0 %

20/4/2018 20:17:20

GUSTAVO BRUNO DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



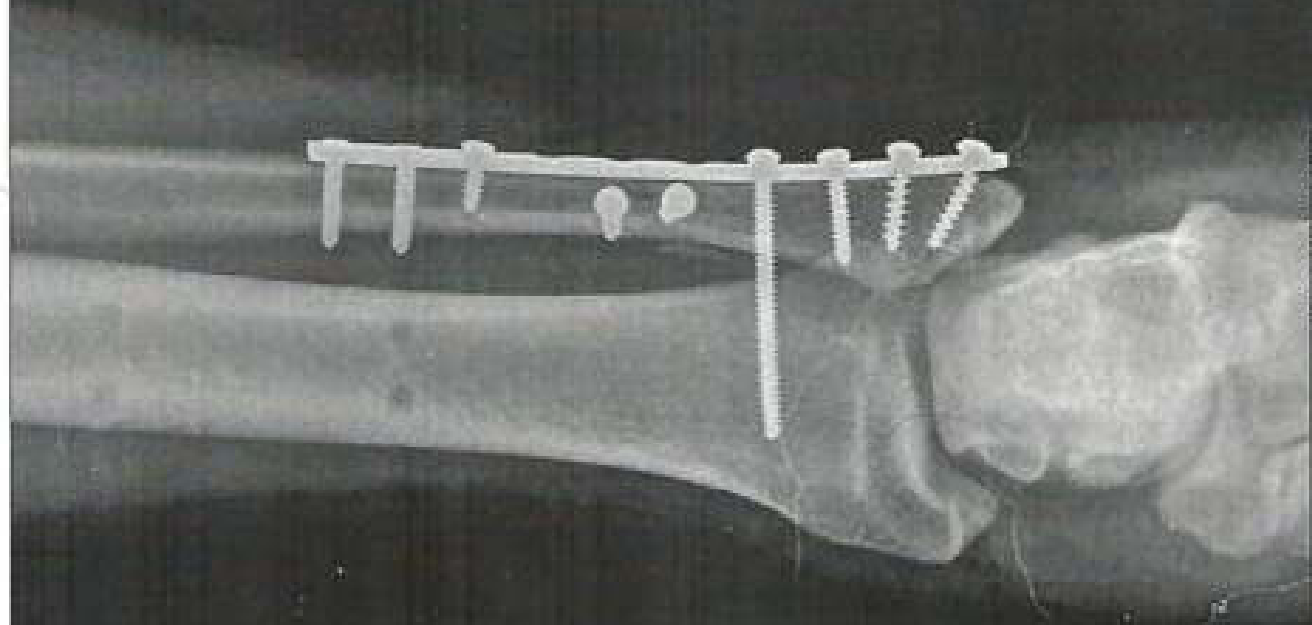
59.4 %

20/4/2018 20:17:20



28/02/2018 11:38:51

723 %



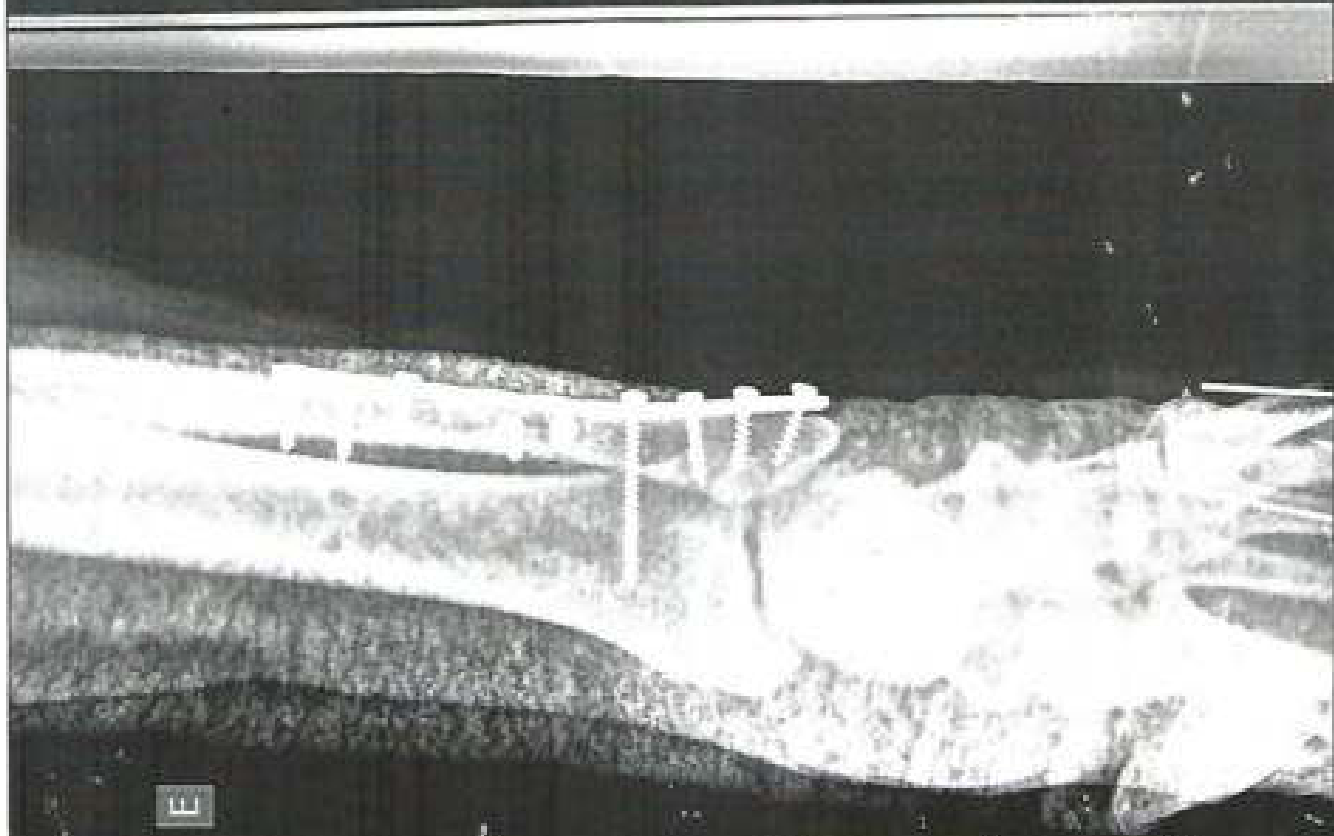
28/02/2018 11:38:51

722 %

GUSTAVO BRUNO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

E



E



GUSTAVO BRUNO

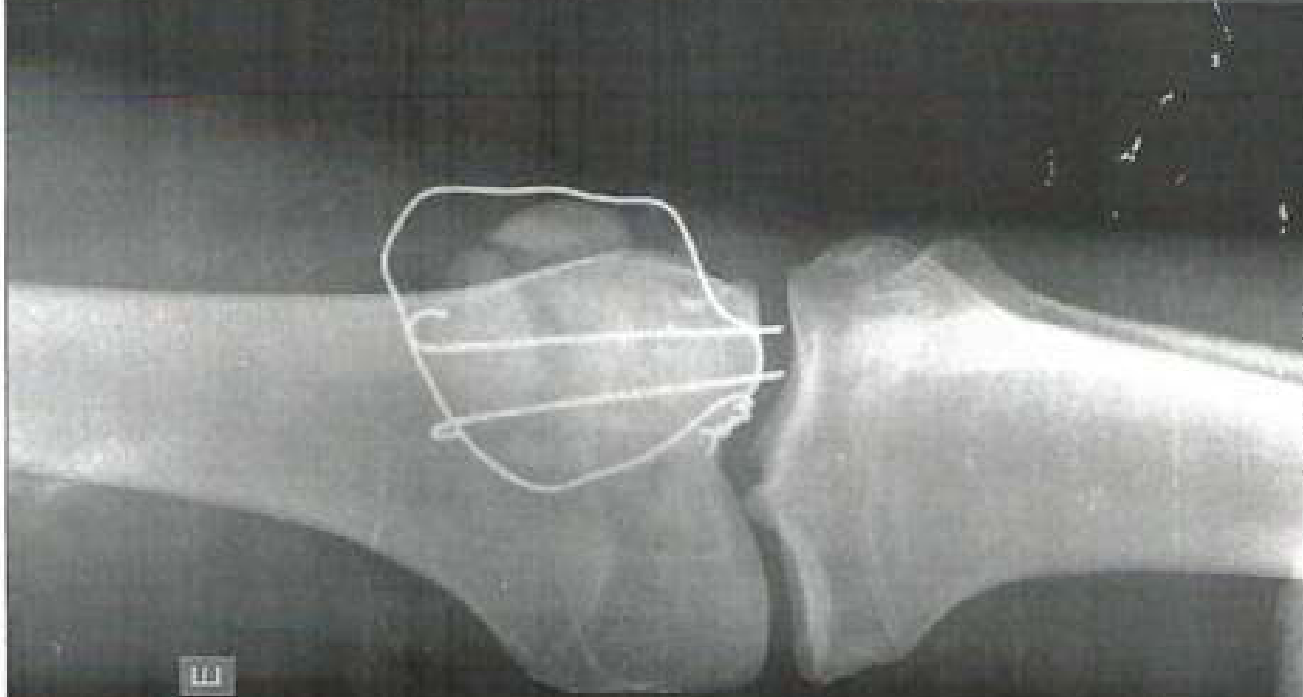
409-1 BL D

7/5/2018 11:42:08

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TRATAMENTO DO EN

55636



61.9 %

7/5/2018 11:12:00

GUSTAVO BRUNO

409-1 BL D

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

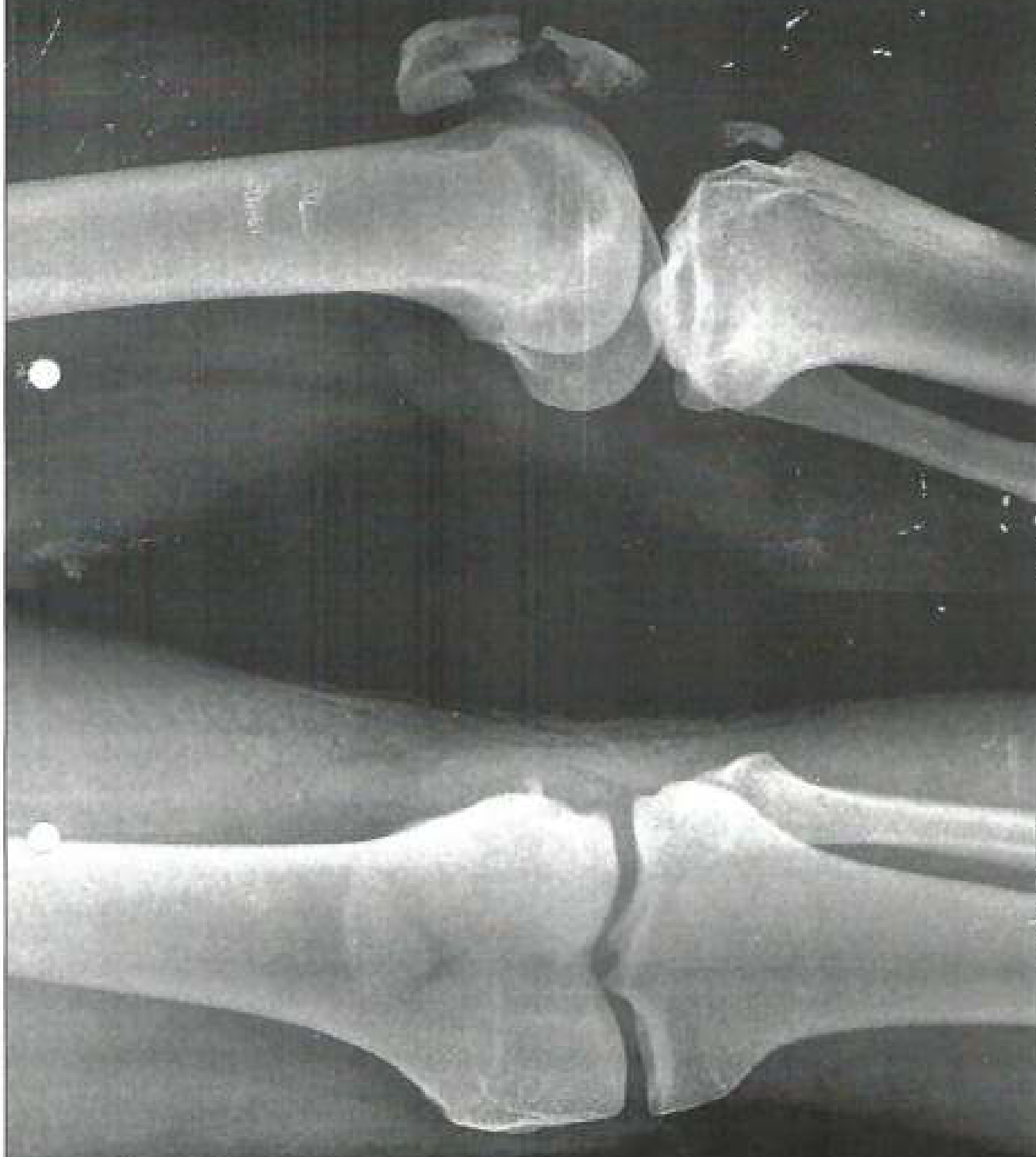
TRAUMATOLÓGICO E ORTOPÉDICO



60.0 %

7/5/2018 11:12:08

E



59.8 %

28/05/2018 17:39:36

62.0 %

20/04/2018 17:39:36

GUSTAVO BRUNO DA SILVA

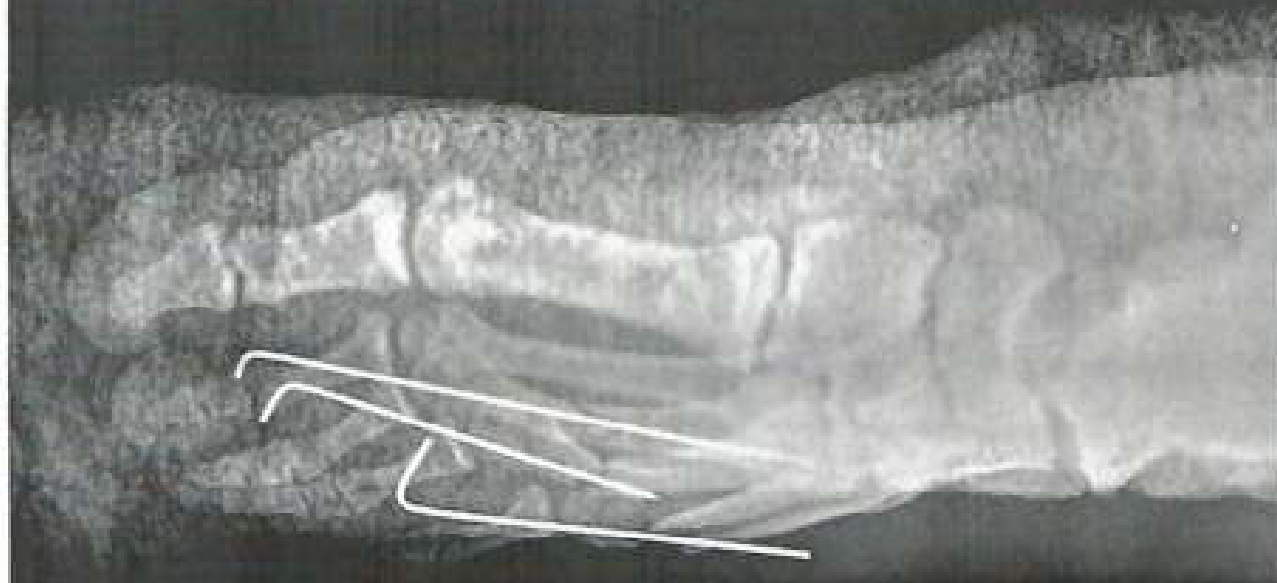
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

E

62.0 %

GUSTAVO BRUNO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



7/5/2018 11:12:08

408-1 62.0 %

TR AURORA/ED DORILEN

EF

57.4 %

7/5/2018 11:12:08





GUSTAVO BRUNO DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

20/04/2018 20:17:20

78.2

E



18/05/2018

53.6 %

GUSTAVO BRUNO DA SILVA

6926

HOSPITAL CORONEL MOTA



18/05/2018

50.8 %

Cloudpato

ESQUERDO



NOTA

GUSTAVO BRUNO DA SILVA
18 ano(s) 15-06-1996

1006

04-07-2015 03:07

POLICLINICA COSME E SILVA



NOTA

13 JUL. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Potegar Direito



Gustavo Bruno da S. Bezerra
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
364801-8

NOME
GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

DATA DE EMISSÃO
28/04/2016

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO
15/09/1998

DOC. CRIME
CERTO NASC 14.941 FLS 215 LIV A-025

2. OF BOA VISTA-RR

001.983.252-40

2 - VTA

ANADEU ROCHA TRIANI
Prestador de Serviço

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P. 1

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

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
980151096

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA



DOC. IDENTIFIC. - RG (RACIONAR)
114897 227 92

CPF 383.051.515-04 DATA NASCIMENTO 07/04/1978

FUNÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

QUINIA INACIO DE
OLIVEIRA

TRANSMISSÃO - AUTOMÁTICA ACC - 2005 CATEGORIA - 2A

INSCRIÇÃO - 01.019.2304 VALOR - 28/01/2021 EXPIRAÇÃO - 15/12/2022



(Handwritten signature)

VEICULO PLASTIFICAR
980151096

LOCAL
BOA VISTA - RO/ALMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015
92485240610
92207948020

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO

DETRAN - DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO