



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200210669

Vítima: ELTON RAIMUNDO DA SILVA

Data do Acidente: 09/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), ELTON RAIMUNDO DA SILVA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15865900

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJL89 BQCEP QPR8N UMNPD

PROCURAÇÃO

Eu, Altom Raimundo da Silva,
brasileiro (a), baiano, repórter, portador (a) da
cédula de identidade RG nº 385311-0, inscrito (a) no CPF sob o
nº 039697822-19, residente e domiciliado (a) na
Rua Flamboim, nº 816, Bairro
Jardim Primavera, CEP 69-314-184, telefone nº 99162-5082
Boa Vista-RR, por este instrumento particular de procuração,
nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro,
solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à
Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725,
Boa Vista, Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para
Através do presente instrumento particular de mandato, O
OUTORGANTE nomeia e constitui como seu procurador o
OUTORGADO, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao
bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em
geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo
Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar
compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a
procedência do pedido, receber intimações, receber e dar
quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas
Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração
pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante
particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias
e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando
tudo por bom e valioso, **com fim específico para ação judicial
de cobrança de seguro DPVAT em face da SEGURADORA
LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 18 de junho de 2020.

x Altom Raimundo da Silva

OUTORGANTE.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polegar Direito

ELTON RAIMUNDO DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **385311-0**

DATA DE EXPEDIÇÃO **01/02/2018**

DATA DE NASCIMENTO **08/11/1992**

PI

NOME **ELTON RAIMUNDO DA SILVA**

FILIAÇÃO **ADALTO RAIMUNDO DA SILVA**

REGINA TANCREDO

NATURALIDADE **CANTÁ - RR**

DOC. ORDEM

CERTID. NASC **35862 FLS 24-F LIV A-59**

2º OF BOA VISTA-RR

CPF **029.697.822-19**

2ª VIA

ANADEU ROCHA TRIANI
Pessoa Física - Assinante do Documento

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

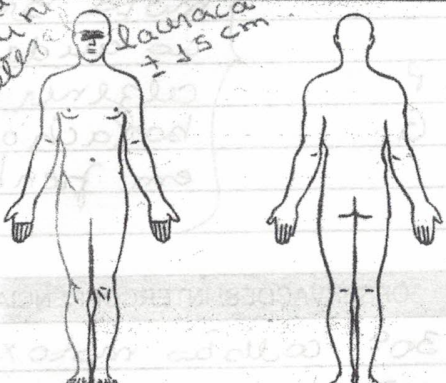
Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
029.697.822-19

Nome
ELTON RAIMUNDO DA SILVA

Nascimento
08/11/1992

 FICHA DE ATENDIMENTO UNIDADE BRAVO III		Nº 0430	
Paciente: <u>Alison</u>		Idade: <u>+30</u>	Sexo: <u>mas</u>
Nacionalidade: <u>brasileira</u>		Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia []	
Endereço: <u>Alameda 502</u>		Bairro:	
Nº <u>3</u>		DATA <u>09/03/2020</u>	HORA J/9: <u>03:43</u>
Médico (a) Regulador (a): <u>Dr. Alison</u>		HORA J/10: <u>03:51</u>	BASE ☒ VIA () ☒ RÁDIO ☐ CELULAR
MOTIVO INICIAL: <u>Queda de moto.</u>			
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X) 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()			
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA			
☐ Acidente de trânsito ☐ Urgência psiquiátrica ☐ Queimadura ☐ Urgência obstétrica ☐ Agressão física / espancamento ☐ Tentativa de suicídio ☐ Choque elétrico ☐ Transferência ☐ Agressão física - FAF ☐ Envenenamento ☐ Queda ☐ Exame complementar ☐ Agressão física - FAB ☐ Afogamento ☐ Urgência clínica ☐ Outros			
ACIDENTE DE TRÂNSITO			
VITIMA ☐ Pedestre ☐ A pé ☒ Condutor ☐ Automóvel ☐ Passageiro ☐ Micro-ônibus ☐ Ignorado ☐ Bicicleta ☐ Outro	MEIO DE LOCOMOÇÃO ☐ Ônibus ☐ Micro-ônibus ☐ Outro	OUTRA PARTE ENVOLVIDA ☐ Automóvel ☐ Bicicleta ☐ Motocicleta ☐ Animal ☐ Ônibus ☒ Outro ☐ Micro-ônibus	ITENS DE SEGURANÇA ☐ Capacete ☐ Cinto de segurança ☐ Airbag ☐ Assento para criança
AValiação INICIAL			
VIAS AÉREAS ☐ Livre ☐ Eupneica ☐ Obstrução Parcial ☐ Apneia ☐ Obstrução Total ☐ Dispneia ☐ Corpo estranho ☐ Bradipneia ☐ Outro: ☐ Taquipneia	VENTILAÇÃO ☐ Eupneica ☐ Apneia ☐ Dispneia ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia	CIRCULAÇÃO ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Pulso radial ausente ☐ Pulso central ausente ☐ Cianose central ☐ Extremidade	AVAl NEUROLÓGICA ☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ D ☐ E ☐ Aparentemente Alcoolizado ☐ Agitação psicomotora
SINAIS VITAIS E ESCORES			
Hora Início Fim	P.A mm/hg 62 58	F.C Bpm 62 58	F.R Mpm 22 22
Sat O₂ % 99 96		T. Axilar °C S/A	Glicemia S/A
Esc. visual "DOR" S/A		Glasgow S/A	
AValiação SECUNDÁRIA			
LESÃO IDENTIFICADA 1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Laceração 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros			ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - Ao comando 2 - A dor 1 - Sem resposta RESPOSTA VERBAL 5 - Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta
AValiação CARDÍACA ☐ Ritmo Sinusal ☐ FV ☐ Taquicardia Sinusal ☐ TV ☐ Flutter Atrial ☐ AESP ☐ Fibrilação atrial ☐ Assístolia		AFECÇÃO CLÍNICA ☐ Neurológica ☐ Metabólica ☐ Respiratória ☐ Infecçiosa ☐ Cardiovascular ☐ Digestiva	
HISTÓRIA PEGRESSA ☐ Diabetes ☐ Alergias ☐ Cardiopatia ☐ Outros ☐ HAS ☐ Medicação de uso		GRAVIDADE COMPROVADA ☐ Ileso ☐ Pequena ☐ Média ☐ Severa	
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino) <u>Dr. Yago Magalhães</u> Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)			
INCIDENTES ☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento / ☐ Hospitalização ☐ Não se encontrava no local ☐ Trote		MEIOS AÇIONADOS ☐ Polícia Militar ☐ Bombeiro ☐ Guarda Municipal ☐ Outros: ☐ SMTRAN ☐ PRF	
RCP ☐ Iniciada as: ☐ Término às: ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso			

PERÍODO DO PA TERMO DE RECUSA	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
	☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para a unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG: _____
	TESTEMUNHA 01:	RG: _____
	TESTEMUNHA 02:	RG: _____

GESTANTE							
Idade Gestacional:	☐ Movimentos fetais presentes		☐ Partos fetais na vulva				
Perda de líquido:	☐ Contrações entre 3-5 min.		☐ Com cartão da gestante				
BCF:	☐ Contrações com duração > 30s		☐ Sem cartão da gestante				
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
☐ Aspiração	☐ Máscara laringea	☐ Monitorização cardíaca	☐ Imobilização de fraturas				
☐ Cânula de Guegel	☐ Guia de introdução Bougie	☐ Colar cervical	☐ Curativos				
☐ Cateter nasal: ____ L/min	☐ Cricotireostomia cirúrgica	☐ Headblock	☐ Parto vaginal				
☐ Máscara facial: ____ L/min	☐ Oximetria	☐ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência				
☐ Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	☐ Dreno de tórax	☐ Tirantes	☐ Imobilização de luxação				
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☐ Outros:				
☐ Acesso venoso Gelco nº ____	☐ Acesso venoso Scalp nº ____	☐ Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
02 SRL	500ml	EV					
02 glicose 18							
01 Equipamento							

INSUMOS UTILIZADOS NA OCORRÊNCIA	
03 compressas	mota Brog + capacete para as unidades da Polícia Militar localizada na bofacharia São Sebastião em frente ao posto 244
03 ataduras	
04 pares de luvas P	
04 " " G.	

OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS
Vítima mas ± 30°, colisão moto x poste, envolvido em DV, avaliação primária com Glasgow 3, possível lesão de ± 15 cm na face, possível fratura de nariz e maxilar (crepitação) com SSU preservados, não deslocamento fez uma leve bradicardia, realizado protocolo de trauma, colar e prancha rígida, realizado Aup com SRL 500ml Otu ao mr em caminhão. Ctt entregue com vida. Em tempo apresenta cefaleia geachinin bilateral. Obs: O nome da vítima foi fornecido ao mr que informou que um papete havia sido entregue com a equipe não verbalizou.

Jocqueline
650 508
Assinatura e carimbo do profissional



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010986/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/03/2020 10:04 Data/Hora Fim: 12/03/2020 10:42
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 12/03/2020
Delegado de Polícia: Eliane Gonçalves

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central
Data/Hora do Fato: 09/03/2020 04:00 (Data Aproximada)

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Nova Cidade

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
86: ROUBO (ART. 157 CAPUT DO CPB)	Outro(s)

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)**Nome Civil: MARCILENE RAIMUNDO DA SILVA (COMUNICANTE)**

Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 16/03/1988	Idade: 31 anos
Naturalidade: RR - Boa Vista	Profissão: Professor	Escolaridade: Ensino Superior Completo	
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: Regina Tancredo		Nome do Pai: Adalto Raimundo da Silva	

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 005.773.372-46
RG - Carteira de Identidade: 357762-7

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA DONA LUIZA
Complemento: CASA
Bairro: SÃO BENTO
Telefone: (95) 99162-5082 (Celular)

Nome Civil: ELTON RAIMUNDO DA SILVA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 08/11/1992	Idade: 27 anos
Naturalidade: RR - Boa Vista	Profissão: Repórter	Escolaridade: Ensino Superior Completo	
Estado Civil: União Estável			
Nome da Mãe: Regina Tancredo		Nome do Pai: Adalto Raimundo da Silva	

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 029.697.822-19
RG - Carteira de Identidade: 385311-0

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Delegado de Polícia Civil: Eliane Gonçalves
Impresso por: Jeovaniildo Cardoso
Data de Impressão: 12/03/2020 10:42
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010986/2020

Logradouro: RUA DONA LUIZA
Complemento: CASA
Bairro: SÃO BENTO
Telefone: (95) 99162-5082 (Celular)

Nº: 251

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Idade:

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 036.364.752-07	Placa NAS5289
Renavam 00184352100	Número do Motor KD05E1A000413
Número do Chassi 9C2KD0510AR000413	Ano/Modelo Fabricação 2010/2009
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR150BROS MIX ESD
Modelo HONDA/NXR150BROS MIX ESD	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Roubado
Última Atualização Denatran 17/10/2016	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Elton Raimundo da Silva

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante veio a unidade policial para registrar que, aproximadamente, na data e hora encimada, seu irmão, ora vítima, deu entrada ao Pronto Socorro Francisco Elesbão, com lesões em seu corpo, mais precisamente, em sua face e na clavícula. Que a vítima foi levada ao hospital pelo SAMU. Que, não sabe informar como se deu os fatos, vindo registrar boletim de ocorrência, afim de que se formalize a denúncia para que a polícia possa iniciar a investigação acerca do ocorrido, uma vez a vítima, no dia do ocorrido, a vítima trafegava em sua motocicleta, sendo que esta, supracitada, até o presente momento, não foi encontrada.

ASSINATURAS

Jeovanildo Cardoso

Agente de Polícia

Matrícula 42000730

Responsável pelo Atendimento

Marceline Raimundo da Silva

Marceline Raimundo da Silva

(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas 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."

Delegado de Polícia Civil: Eliane Gonçalves

Impresso por: Jeovanildo Cardoso

Data de Impressão: 12/03/2020 10:42

Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

09/03/2020

... Guia de Atendimento 17 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
☐ Vermelho	☐ Vermelho	☐ Vermelho	☐ Vermelho
☐ Laranja	☐ Laranja	☐ Laranja	☐ Laranja
☐ Amarelo	☐ Amarelo	☐ Amarelo	☐ Amarelo
☐ Verde	☐ Verde	☐ Verde	☐ Verde
☐ Azul Ass.	☐ Azul Ass.	☐ Azul Ass.	☐ Azul Ass.

2001228600	09/03/2020 06:33:08	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 19-	6
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
ELTON RAIMUNDO DA SILVA	08/11/1992	27 A 4 M 1 D		02969782219			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE	3853110	SSP/RR	13/11/2008	M	NAO	PARDA	CANTA - RR
Mãe	REGINA TANCREDO			Contato	(95) 99127-0299		
Endereço	RUA - ELCLIDES GOMES DA SILVA - 1538 - ALVORADA - 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.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		ADAO			

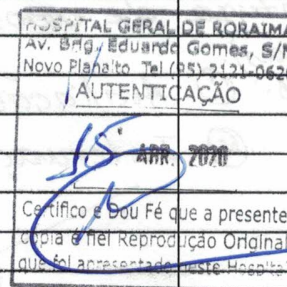
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue
------------------	--

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6	11

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
Paciente trazido pelo SAMU, mobilização + contenção em prancha após queda de moto com trauma em região frontal de aprox 10 cm. Agitado, desorientado Glasgow 11, mobiliza os membros superiores.
Hipótese Diagnóstica
Levado duas vezes para tomografia que foi impossível realizar em virtude de agitação e vômitos durante o exame.

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
MORFINA 5 mg IV 05:30		
MORFINA 5 mg IV 06:45		
① Realização do neuroexame		



Conduta	☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☐ Transferência para: _____
óbito	Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IM ☐ Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável	Assinatura do Médico
	Dr. Jorge Barreto
Impresso por: adao	
Data Hora: 09/03/2020 06:34:10	



elto: 20/03/2020

A



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BLOCO A

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HGR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HGR

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ELTON RAIMUNDO DA SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/11/1992

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

179081

11 - NOME DA MÃE

REGINA TANCREDO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R - Aldeias Gomes da Silva, 1538, Alvorada

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

14000

18 - UF

RR

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

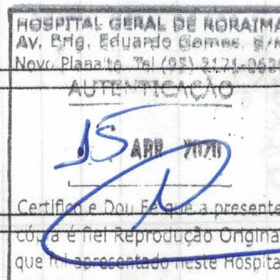
Paciente apresentando edema e hematoma em região periorbitária D e E + mobilidade em maxila

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade cirúrgica

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

EXAME FÍSICO + TC



23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de frontal e maxila

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

04260270435

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Ricardo Lourenço

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/03/2020

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

Ricardo Lourenço
Cirurgião e Traumatologista
Bucodentofacial
RR 1225

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

9/3/20

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

Marcos Roberio B. de Santana
Diretor Técnico HGR
CNS 1225 RR



Hospital Geral de Roraima
Secretaria de Saúde do Estado de Roraima
Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial



RESUMO DE ALTA

Paciente: ELTON RAIMUNDO DA SILVA

Data da internação: 09/03/20

Data da alta: 20/03/20

Profissionais: Cirurgia Bucomaxilofacial

DIAGNÓSTICO

TRAUMA DE FACE TETO DE ORBITA BILATERAL, FRONTAL E NASAL

TRATAMENTO

Alta hospitalar a pedido da coordenação da bucomaxilo conforme acordo com direção clínica do HGR paciente deverá receber alta hospitalar e Acompanhamento ambulatorial semanal no Coronel Mota , até chegada do material de OPME para realização da cirurgia.

EVOLUÇÃO

BEG, AAA, normocorado(coloração normal de cor), sem queixas álgicas, sem intercorrência. Paciente receberá alta e orientação à consulta ao HCM com o Dra. Juliene Monauer

ORIENTAÇÕES

1. Retornar ao pronto socorro se intercorrências.
2. Alimentação: líquida-pastosa, fria ou gelada por 48 h.
3. Evitar: exposição ao sol, alimentos quentes e duros e esforços físicos, pelo menos até o retorno.
4. Repouso: Cabeça em plano mais elevado que o resto do corpo por 48 h.
5. Higiene oral: Escovação normal dos dentes e língua, evitando as áreas da cirurgia, fazer bochechos leves 03 vezes ao dia com anti-séptico bucal indicado, iniciando somente 48 h após a cirurgia.
6. Retirar pontos com 10 dias no posto de saúde.


Dra. Silvana Kutz da Sil.
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO: 826/RR

Ass. Cirurgião (CRO)





RORAIMA ENERGIA

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garças, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

Nº da Nota Fiscal **4444464**

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FCAM*

SEU CÓDIGO

0117539-4

JANEIRO/2020

REGINA TANCREDO

R. DONA LUIZA 251 Q 356 LT 251 - SAO BENTO

CEP: 69.315-631 - BOA VISTA

06/02/2020

CPF: 00088927016220

216

129,30

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual: 24412

Anterior: 24196

Dias de consumo: 32

Constante de Multiplicação: 1,000

Consumo medido: 216

Consumo Faturado: 216

DATAS DA LEITURA

Atual: 20-01-2020

Anterior: 19-12-2019

Próxima leitura: 20-02-2020

Emissão: 17-01-2020

Apresentação: 26-01-2020

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo: 1.7.1.1

Classe/Subclasse: RESID. BK. RENDA

Ligação: MONO

Número Medidor: 2712004

Forma de Faturamento: NORMA

Modalidade: L 150+189

CONSUMO

30 A R\$	0,257453 =	7,72
70 A R\$	0,441354 =	30,89
116 A R\$	0,662037 =	76,79
		13,44-

DESCONTO INDIGENA/QUILOMBOLA 48,86

SUBVENCAO BAIXA RENDA 0,75

MULTA POR ATRASO DE 12/19-00 1,49

MULTA POR ATRASO DE 12/19-00 0,02

JUROS DE MORA DE IMPO 12/19-00 25,08

ILUMINACAO PUBLICA

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

Mês	Consumo (KWh)
FEV/19	304
MAR/19	259
ABR/19	238
MAI/19	264
JUN/19	316
JUL/19	195
AGO/19	202
SET/19	225
OUT/19	196
NOV/19	253
DEZ/19	210
JAN/20	175
JAN/20	216

Média 12 meses:

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 30 - 0,209140

31 A 100 - 0,358530

101 A 216 - 0,537800

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1.6-11.16.21.26

Parabéns! Até o dia 17/01/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 5A78.A180.1F8D.2226.099E.FBFD.CA27.C91F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	62,74	Base de Cálculo:	115,40
Encargos:	3,55	ICMS:	17,60%
Tributos:	21,63	PIS:	0,91%
Transmissão:	0,00	COFINS:	1,45%

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Índice	TSC			FIC			DMC		DICI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal		
Unidade	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82			
Período	0,00			0,00			0,00			
Conjunta	DISTRITO						Período de apuração:	11/2019	EUSD:	44,36

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, Elton Raimundo da Silva, brasileiro
(a), advogado, reporter, portador (a) do RG nº
385311-0, inscrito (a) no CPF sob o nº 029.697.822-19, residente e
domiciliado (a) na rua Flamin, nº 816, Bairro
S. Primavera, Boa Vista-RR, CEP 69.314-184, telefone
nº (95) 99162-5082, DECLARA não ter condições de arcar com
as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo
de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art.
99 §3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na
acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 18 de junho de 2020.

x Elton Raimundo da Silva
DECLARANTE