
Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200181853

Vítima: SEBASTIANA DOS SANTOS PEIXOTO

Data do Acidente: 08/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEBASTIANA DOS SANTOS PEIXOTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200181853

Vítima: SEBASTIANA DOS SANTOS PEIXOTO

Data do Acidente: 08/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEBASTIANA DOS SANTOS PEIXOTO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **SEBASTIANA DOS SANTOS PEIXOTO**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000025109311-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE PROTEÇÃO AO MEIO AMBIENTE - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 046367/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/12/2019 10:44 Data/Hora Fim: 26/12/2019 11:19
Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 08/11/2019 19:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Av. Parimé Brasil

Bairro: Jardim Caranã
Nº: S/N

Ponto de Referência: Ponte de acesso ao Cidade Satélite
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SEBASTIANA DOS SANTOS PEIXOTO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino Nasc: 09/06/1966
Profissão: Zelador
Estado Civil: Separado(a)
Nome da Mãe: Maria de Nazaré Santos Peixoto Nome do Pai: Rui Montenegro Peixoto

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 199.723.342-87
RG - Carteira de Identidade: 63272

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: R Aruaque Nº: 170
Bairro: Nossa Senhora Aparecida CEP: 69.306-300
Telefone: (95) 99129-4556 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 199.723.342-87	Placa NAY 2278
Renavam 01015569614	Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
Cor Preta	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA YS 150 FAZER ED
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Sebastiana dos Santos Peixoto	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Delegado de Polícia Civil: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho
Impresso por: José Maria de Souza Moura
Data de Impressão: 26/12/2019 11:20

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE PROTEÇÃO AO MEIO AMBIENTE - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 046367/2019

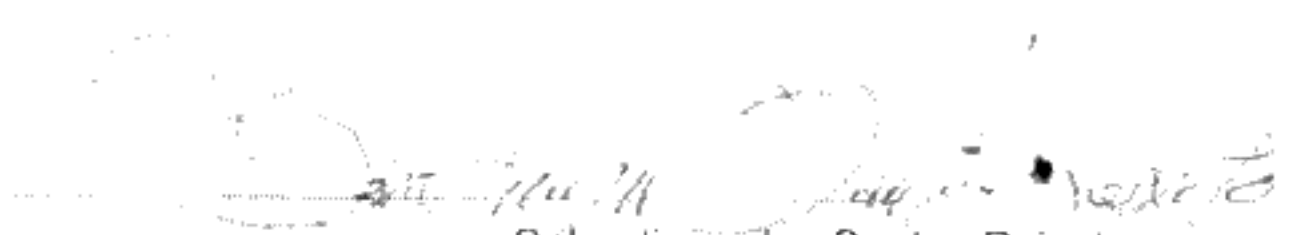
Senhor delegado, compareceu nesta delegacia, a senhora acima qualificada para nos comunicar que na data e local supracitados, quando conduzia sua motocicleta, ao passar por cima dos sinalizadores horizontais da via, conhecido como olho de gato, perdeu o equilíbrio e o controle do veículo, vindo a cair e na queda teve seu tornozelo direito com fratura exposta, assim como, seu antebraço esquerdo; que foi socorrida pelo pessoal do resgate do Corpo de Bombeiros e conduzida ao HGR(Hospital Geral de Roraima), onde permaneceu por 19 dias, devido a gravidade de suas lesões. Este é o breve relato dos fatos.

ASSINATURAS


José Maria de Souza Moura

Agente Carcerário
Matrícula 42000193

Responsável pelo Atendimento


Sebastiana dos Santos Peixoto

(Comunicante / Vítima)

"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."

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 199.723.342-87 4 - Nome completo da vítima: Sebastiana dos Santos Peixoto

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

5 - Nome completo: Sebastiana dos Santos Peixoto 6 - CPF: 199.723.342-87
7 - Profissão: doméstica 8 - Endereço: rua Pruaque 9 - Número: 170 10 - Complemento:
11 - Bairro: Aparecida 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.306-300
15 - E-mail: yaradiva.dpato@outlook.com 16 - Tel(DDD): (95)9919-0143

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Nubank
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0001 CONTA: 25109311

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista 18/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEBASTIANA DOS SANTOS PEIXOTO

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000025109311-0

Nr. da Autenticação 97017976D3D826BD



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 / Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série S-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SFAZ 368/13

Para contato com
a Roraima Energia,
Informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0008165-5

Nº da Nota Fiscal 000948611

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

CONTA Nº	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	12/12/2019	307	262,12

RUY MONTENEGRO PEIXOTO
R. ARUAQUE 170 APARECIDA

CPF: 00007463715280

CEP: 69.086-300 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	
Atual:	23878
Anterior:	23571
Dias de consumo:	33
Constante de Multiplicação:	1,000
Consumo medido:	307
Consumo Faturado:	307

DATAS DA LEITURA	
Atual:	30/10/2019
Anterior:	27/09/2019
Próxima leitura:	30/11/2019
Emissão:	29/10/2019
Apresentação:	30/10/2019
R:	14.001.000.01.437600

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Grupo/Subgrupo:	5
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	B1
Número Medidor:	1150804883
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	CONVENIENCIAL

CONSUMO
ILUMINACAO PUBLICA

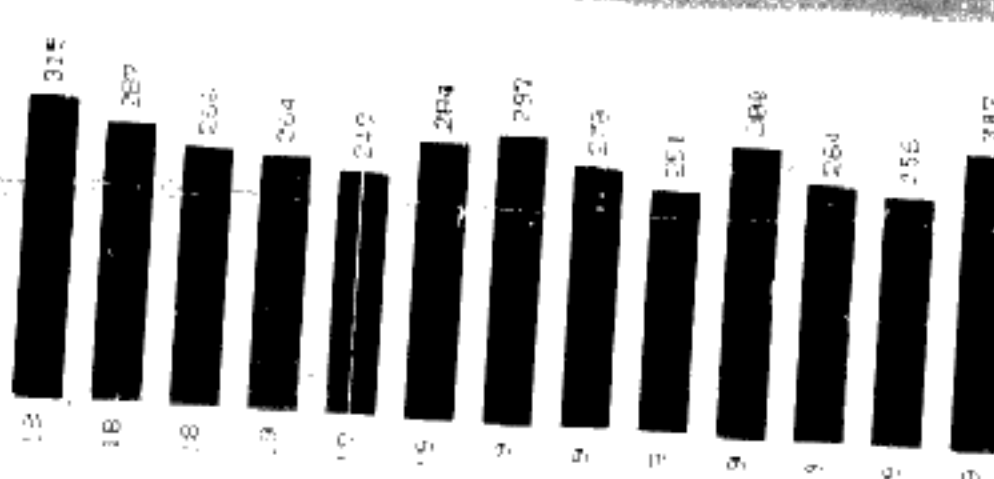
307 A R\$ 0,764602 =

234,73
27,39

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
3 A 307 - 0,634620

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO





RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 621 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-34 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de impressão autorizada pela SEFAZ 308/13

Para contato com
a linha Energia,
inf. sobre este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0009732-2

Nº da Nota Fiscal 4533838

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

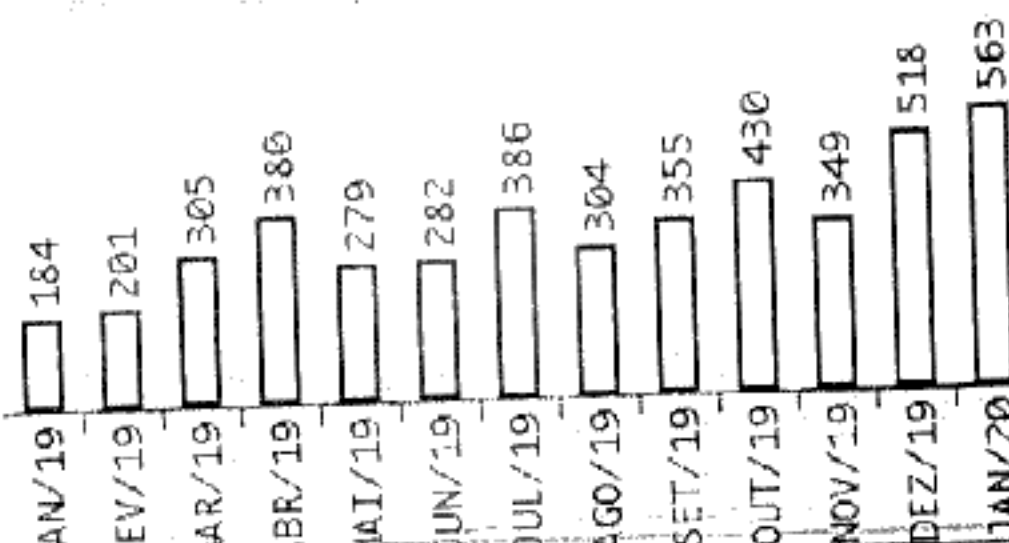
CONTA MES: JANEIRO/2020 VENCIMENTO: 16/02/2020 CONSUMO (KWH): 563 TOTAL PAGAR: 465,78
CPF: 0001122233396
IVETE GUTHARAES COSTA
R. ACRE 569 - DOS ESTADOS
CEP: 69.305-310 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	61969	Atual:	31/01/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	61406	Anterior:	30/12/2019	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	32	Próxima leitura:	28/02/2020	Ligação:	BIFÁSICA
Constante de Multiplicação:	1,000	Emissão:	30/01/2020	Número Medidor:	2281495
Consumo medido:	563	Apresentação:	31/01/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	563			Modalidade:	0 1619578

CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA 563 A R\$ 0,760481 = 428,15
37,63

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 563 - 0,617770

Média 12 meses: 341



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

LIGUE 08007019122 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO ! 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 02-01-2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 53D6.6260.1D82.D8F5.47FD.14A1.B59C.2D85

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$			
				Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR	
Energia:	232,72	Encargos:	13,19		ICMS:	17,00%	72,78
Distribuição:	101,92	Tributos:	80,33	428,15	PIS:	0,31%	1,33
Transmissão:	0,00				COFINS:	1,45%	6,22

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
DIC			FIC			DMIC	DICRI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	CENTRO			Período de apuração: 11/2019			EUSD:	105,50

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Yara Lira Guimarães Costa

inscrito (a) no CPF/CNPJ

762.732.616-87

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Sebastião dos Santos Peixoto

inscrito (a) no CPF sob o Nº

199.723.342-87

do sinistro de DPVAT cobertura

invalidez

da Vítima

Sebastião dos Santos Peixoto

inscrito (a) no CPF sob o Nº

199.723.342-87

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Renda:

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

RG e CPF

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:

Rua Vere

Bairro:

Estados

Cidade:

Bela Vista

Número:

569

Estado:

RR

Complemento:

Costa

CEP:

69.305-510

Tel.(DDD):

E-mail:

Yaradiva.dpvat@gmail.com

Local e Data:

Bela Vista, 18/05/2020

Costa
Assinatura do Declarante

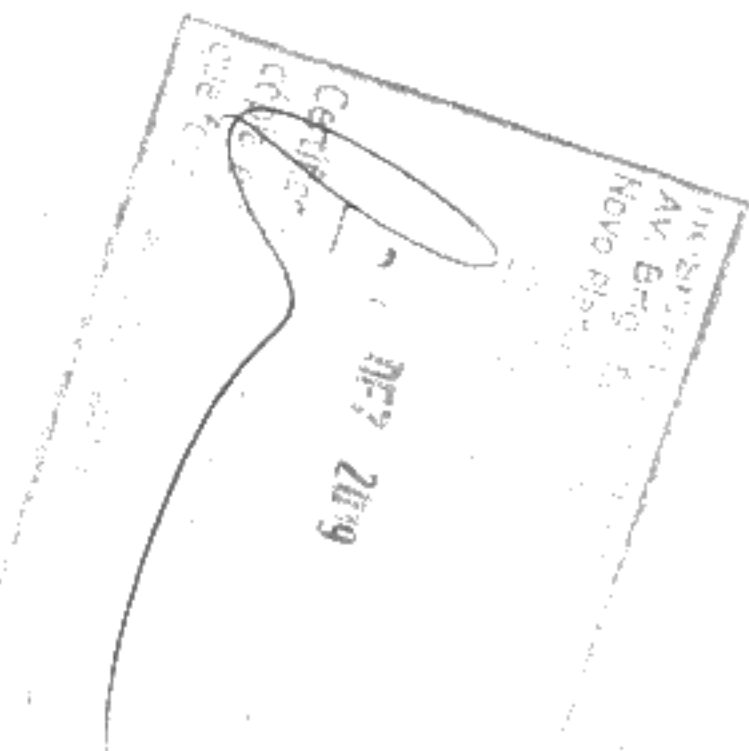
Reclassificação	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul Ass.
Reclassificação	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul Ass.
Reclassificação	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul Ass.

FICHA DE ATENDIMENTO		TRATAMENTO		NOTURNO 19-	
Paciente		Data Nascimento		CPF	
SEBASTIANA DOS SANTOS PEIXOTO		09/06/1966		19972334287	
Tipo Doc		Estado Civil		Nacionalidade	
IDENTIDADE 63272		SEM		BRASILEIRA	
VSB		País		Contato	
MARIA DE NAZARE SANTOS PEIXOTO		RUI MONTENEGRO PEIXOTO		(95) 99126-6066	
Endereço		RUA - ARUAQUE - 170 - APARECIDA - BOA VISTA - RR		Ocupação	
Class. de Risco		Piano Convênio		Sis. Prenatal	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Autorização	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Procedência	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA		Temp.	
Setor		Tipo de Chegada		Peso	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL		Prossão	
Queixa Principal		Procedimento Sol.		Registrado por:	
() Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue		CLAUDECI.RODRIGUES			

Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - h):		AO: 1234 (RV: 12345) MRV: 123456 @ 15			
Exame Físico		ECG: 15, mobilização em pulso @ e torácico @			
Hipótese Diagnóstica		SADT - Exames Complementares			
RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:		PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO	
OBSERVAÇÃO		OBSERVAÇÃO			

Condução		Data e Hora da Saída/Alta:			
() Alta por Decisão Médica		() Internação			
() Alta a Pedido		() Observação (Até 24h)			
() Alta a Revelia					
() Transferência para:					
Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não		Destino: () Família () IML Anatomia Patológica			
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico			

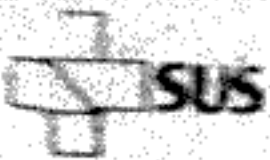




Jo Carlos Borges

Dr. Otonachi Okemiti
Medico
CRAMAR 1851

Dr. Carlos
Plant. En fatura Export. de Alho Fho 1 (17)
fatura de Import. de 4000000



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

data: 27/11/19

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.G.R

BLOCO A

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Sebastião Dos Santos Puxoto

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700403497280442

8 - DATA DE NASCIMENTO

09/06/66

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

46284

9 - SEXO

Masc. ☐ 1

Fem. ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria de Nazareni Santos Puxoto

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

95991266066

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Aruaque 170 Aponecada

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

140010

15 - UF

RN

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com fratura exposta de Pêlo Tibial (D)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

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

História + Exame físico + Radiografia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura exposta de Pêlo Tibial (D)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento cirúrgico fratura exposta Pêlo Tibial (D)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Paracat

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/11/19

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

Dr. Odineir de Almeida
Médico Residência
Ortopedia e Traumatologia
CRM 105119

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRANSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

040805054-3-5823

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

1299

8



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data:

08/11/19

O.S. _____

Sebastião Dos Santos
Pernoto

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Dr. Penacat

1º AUXILIAR:

Dr. Pablo R.

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em D.P.H., Lh anestez
- 2) Kepsu e Antisept
- 3) colocação de campos esteril
- 4) lavagem mecânica tuberculosa com 10L de
solução fisiológica 0,9%.
- 5) Redução fratura + fixação com fixador externo
transcutâneo sob o controle de interfractura
de tração
- 6) Sutura de pele
- 7) Lavagem
- 8) RPA

Dr. Máx Souto
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 195119Dr. Odinachi Okemi
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 195119



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Substância dos dentes, Peirto

08/11/79

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº	
Tentil 50mg + Midazolam 2mg			
22 15 30 45 23 15 30 45 15 30 45 15 30 45			
AGENTES			
LIQUIDOS VENOSOS	SF 500 SF 500 SF 500		
DA X	38	240	100 100 100 100 100
ULSO	36	220	
ANES	34	200	
X	32	180	
OP	30	160	
O		140	
TEMP		120	
ASPIR.		100	
A		80	
RESP		60	
O		40	
		20	
Expon			
Assist			
Contro			
SIMBOLOS	X O X		
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Supravetaine 15mg	Requiescente larynx	*Phec lost sp anest
B	Chloral 600mg		1) Asespiro reg. l. bar
C	fantomilina 240mg	Aperturica meduna	2) P. coo. 260mg no. 16
D	Tenexicen 40mg	Sub int. spartone	23. 26. P. ke 266, l. ex clava.
E			3) 1-jeiro 8 barac no. 16
F			bup. 157.
G			4) Chloral 6007
GLUCOSE	LIQUIDOS		5) fantomilina 2407
NOC			
SANGUE			
	500ml 750ml		
TOTAL			
OPERAÇÃO	Fratura expost. tornozelo @		
ANESTESIA	DE Adonias / Marcos R.	CIRURGIÃO	DR. Pablo / Odimar.

Dr. Adonias R. de Azevedo
Médico Anestesiologista
CRM 12.504

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

530

NOME DO PACIENTE Sebastião do Santos Peixoto APT DO LEITO 00046281 Nº DO PRONTUÁRIO 08 DATA 11 / 19

CIRURGIA

TIPO

TEMPO DE DURAÇÃO

INÍCIO

FIM

TEMPO TOTAL

Redução + fixação ossea de pilão tibial + limpeza mecânica

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO

Dr.

ANESTESISTA:

Dr. Adonias

1ª AUXILIAR

Res. Pablo

RES. ANESTESIA:

Res. Marco

INSTRUMENTADOR

2ª AUXILIAR

CIRCULANTE

Socres e Rosimundo e Hilma

TIPO DE ANESTESIA:

Raque

TEMPO DE DURAÇÃO:

QNT

MATERIAIS

VALOR

QNT

MEDICAMENTOS

VALOR

☒

PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.

☒

FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml

10

PACOTES GAZE C/ 20 und.

FRASCOS- SORO RINGER LACTADO

LUVA ESTERIL 7.0

FRASCOS- SORO GLICOSADO

5

LUVA ESTERIL 7.5

FIO VICRYL Nº

2

LUVA ESTERIL 8.0

☒

FIO MONONYLON Nº 2.0

LUVA ESTERIL 8.5

FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº

10

LUVAS P/ PROCEDIMENTOS

FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº

2

LÂMINA BISTURI Nº 24

FIO CATGUT SIMPLES Nº

DRENO DE SUÇÃO Nº

FIO CATGUT CROMADO Nº

DRENO DE TORAX Nº

FIO PROLENE Nº

DRENO DE PENROSE Nº

FIO SEDA Nº

SERINGA 01ML

SURGICEL

SERINGA 03ML

☒

CERA P/ OSSEO Aloduro de crepom

2

SERINGA 05 ML

1

KIT CATARATA + ceteros

2

SERINGA 10ML

1

GEOFOAM Equipe macrogotas

3

SERINGA 20ML

5

FITA CARDIACA Eletrodos

1

OUTROS Agulha P/ raque

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA. VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR (A)

ENFERMEIRA CHEFE

Solange

Gabriela

FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS

CIRCULANTE DE SALA

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB-TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

Lote: 009595 Código: AF35 8 680
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
X C X 4,5 X 200 X T

Feb.:12/12/2018 Val.:12/2023
Registro Anvisa Nº 80083650026
Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ltd.br

Lote: 010428 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTERIL
Feb.:04/01/2019 Val.:01/2024
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMÍNIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ltd.br



ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia		Procedimento Realizado: redução + fixação ossea pino intramedular DI	
Nome do Paciente: Sébastiana dos Santos Rêgo		IDADE: 53	SEXO: F ☒ M ☐	Nº do Prontuário 000 46 281	Data 08/11/19
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala I	Circulante de Sala: Soares, Helma, Rau	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:					

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (X)		Dados Adicionais:		Marca:	
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM			QUANT	
01	Sistema fixação ossea			Sartori	01
02	Pinos intramedulares			Sartori	01
Lote: 009595 Código: AF35 8 690 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X C X 4.5 X 200 X T Fab.: 12/12/2018 Val.: 12/2023 Registro Anvisa Nº 80083650026 Material ACO INOX F138 Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br		Lote: 010425 Código: F08 2 209 SISTEMA DE FIXACAO OSSEA SARTORI - LINEFIX FEMUR T 350 - ESTERIL Fab.: 04/01/2019 Val.: 01/2024 Registro Anvisa Nº 80083650031 Material ACO INOX/ALUMINIO Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br			

MÉDICO CIRURGIÃO: Pablo

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

Empresa ()

Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM ()
ATHENA () / MACON ()

Marca:

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM			QUANT
01	Sistema fixação ossea	Sartori		01
02	Pinos intramedulares	Sartori		01
MÉDICO CIRURGIÃO: <u>Pablo</u> INSTRUMENTADOR: <u>Pablo</u>		1º AUXILIAR:		

1ª VIA - PRONTUÁRIO DO PACIENTE
2ª OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121.0637
E-mail: son.ma.hor@gmail.com

ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia		Procedimento Realizado: Redução + fixação orso pelo tala "D"	
Nome do Paciente: Sebastiana dos Santos Rezato		IDADE: 53	SEXO: F ☒ M ☐	Nº do Prontuário	Data 08/11/19
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala I	Circulante de Sala: Socres, Helma, Pa	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:					

Dados dos materiais/Serviço

[illegible][illegible]

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: son.ma.hor@gmail.com

Nome: Estefânia dos Santos Paiva

Data de Nascimento: 09/06/66 Idade: 53

Setor/Leito: GI

Date: 08/11/19

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (x) Não

100

[illegible]

505-3

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
------------------	-----	----

PACIENTE	Sebastião dos Santos		
----------	----------------------	--	--

AGNÓSTICO	Jr. Augusto, 18/06/12		
-----------	-----------------------	--	--

ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
----------	-----	------	-----	------

IDADE	LEITO	DATA
-------	-------	------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL LIVRE	SND
---	------------------	-----

2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	antes
---	--------------------------	-------

3	SF 0,9% 500ML EV S/N	18° 24 06 12
---	----------------------	--------------

4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	06
---	------------------------	----

5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
---	-------------------------	----

6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
---	--	----

7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SN
---	--	----

8	SÍMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	SN
---	---------------------------------------	----

9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	24 06
---	---------------------------------	-------

10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	12 24 06
----	----------------------------------	----------

11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	06 20
----	--	-------

12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
----	---	----

13	SSVV + CCGG 6/6 H	SN
----	-------------------	----

14	CURATIVO DIÁRIO	antes
----	-----------------	-------

15		
----	--	--

16		
----	--	--

17		
----	--	--

18		
----	--	--

19		
----	--	--

20		
----	--	--

21		
----	--	--

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	110x70	77	36
24 H	110x70	70	36
06	120x80	84	36

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

1002

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	SEBASTIANA DOS SANTOS PEIXOTO				
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA PILAO TIBIAL D +FX ANTEBRAÇO E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	118-1	DATA	20/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SNH
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SN
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h				14:22:06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				OB
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				12:34:06
11					
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
17	SSVV + CCGG 6/6 H				
18	CURATIVO DIÁRIO				
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BÉG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DIA
 6/11/19 A NOITE CM DRENAGEM DE SECREÇÃO PURULENTA DE COTOVELO E BRACO
 DIREITO, SEGUE SEM QUEIXAS, COM MELHORA DO ARCO DE MOVIMENTO DE
 COTOVELO DIREITO

6h PA: 127/71 87 R: 18 T: 36°C.

SINAIS VITAIS				DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - RR 2028
6 H	PA	FC	FR	
12 H	150/90	93		
18 H	130/87	83		
24 H	130/85	89	20	



Sobstiana dos Santos

BOLETIM OPERATÓRIO

Data:

26/11/19

O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fx Radio distal @

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

H/O Cirurgico

TIPO DE INTERVENÇÃO:

-

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

-

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

O mesmo

CIRURGIÃO:

Vitor Montenegro

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1- Paciente em DDH sob anestesia
- 2- Assepsia + antissepsia + colocação de campos estéreis
- 3- Incisão longitudinal em região volar distal de antebraço @
- 4- Dissecção por planos até o foco da fratura
- 5- fixação do foco com placa em T 3x3 + parafusos sob controle radioscópico
- 6- Sutura por planos + curativo
- 7- RPA

Dr. Vitor Montenegro
Traumato - Ortopedia
CRM-RR 868



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Sebastião dos Santos Peixoto, 53a

26.11.19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº	
14:00 14:50 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45 AGENTES N 20 02 LIQUIDOS VENOSOS A M SF SF 8 3 500 290 DA °C 240 X SpO2 100% 100% ULSO 38 220 ANES 36 200 X 34 180 OP 32 160 O 30 140 TEMP 120 ASPIR. 100 A 80 RESP 60 O 40 20 Export Assal Contro SÍMBOLOS 1, 2, 3			
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	NOVA BRANCA 0,5% 100mg	3 bloqueio de Pêto	1. Monitores + dier UST
B	Fentanyl 100mcg	bloqueio esguando	2. Ofen de ar em cu
C	Midazolam 5mg	bloqueio por usg, a	3. Sedoanalgesia - Fentanyl 100mcg
D		via subdural.	- Midazolam 5mg
E			4. bloqueio de Pêto bloqueio
F			com lipobupivacaína a 0,375%
G			100mg
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Naso / Oro-Faríngea	5. SRP
NOÇO		Naso / Orotraqueal - Cega	
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	
	SF 0,9% 750ml	Sob Mascara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL	750-0	TEMPO DE ANESTESIA	
		00:50'	
OPERAÇÃO			
- Osteossintese de Rádio Esquadr			
ANESTESIA			
- Dr. Ubirajara			
CÓDIGO			
CIRURGIÃO			
Dr. Victor			
PERDA SANGUÍNEA			

Bruno Thiago O. C. Pinto
MÉDICO
CRM-RR-1025

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade:		Procedimento Realizado:	
Nome do Paciente: Sebastiana dos Santos		IDADE: 53a	SEXO: F ☒ M ()	Nº do Prontuário	Data 26/11/19
Bloco: A	Enfermaria: 118	Leito: 01	Nº da Sala	Circulante de Sala:	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Pequenos fragmentos bloqueados					

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima ☒		Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT	
01	Placa "T" bloqueada 3x3	01	
02	Parafuso Cortical Autotroquante 3,5x14	01	

MÉDICO CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR: _____

Empresa ☒		Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM ☒	Marca:
ATHENA () / MACON ()			
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT	
01	Parafuso Cortical Autotroquante bloqueado 3,5x16	03	
02		01	

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Vitor Montenegro 1º AUXILIAR: Dr. Elder Soares

INSTRUMENTADOR: _____

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE
2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: son me har@gmail.com

118-1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Sebastião dos Santos ANOS, 12
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 12, 11, 19 COM
DIAGNÓSTICO DE Lx Antebraço
NO DIA 26, 11, 19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteossíntese de Antebraço SENDO
OPERADO PELO DR. Vitor Montenegro E DR. Elton
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 27, 11, 19 ÀS 10:30 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 10, 12, 19 ÀS 7:00 COM O
DR. Vitor Montenegro

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 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. U. Amador

BOA VISTA, 27, 11, 19

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO



Nome: SEBARTIANA DOS SANTOS
HMINSN

ID: EMERG
07/01/2020 17:58:55

Nasc:

Tec. MARCIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
SEBASTIANA DOS SANTOS PEIXOTO

DOC IDENTIDADE/ORG. EMISSOR/UF
63272 SSP RR

CPF
199.723.342-87

DATA NASCIMENTO
09/06/1966

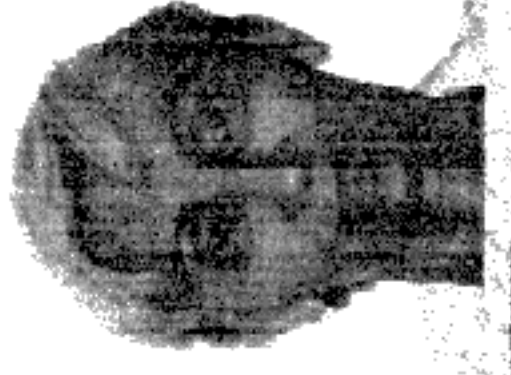
FLUACAO
ROI MONTENEGRO PEIXOTO

MARIA DE NAZARE SANTOS
PEIXOTO

PERMISSAO
ACC
CARTAS
R3

VALIDADE
01/11/2021

1ª HABILITACAO
04/03/2002



Nº REGISTRO
02254830756

1356287891
D. TERNITONIO NACIONAL
VALIA EM 1000

OBSERVAÇÕES

Sebastiana dos Santos Peixoto

DATA DE EMISSAO
01/11/2016

BOA VISTA - RORAIMA

83515441514
RR209030470

1356287891
PROIBIDA REPRODUZIR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETTRAN - RR Nº 011265702572
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COB-RENAVAM 01015569614 BNIRC 2015 EXERCÍCIO

NOME SEBASTIANA DOS SANTOS FELIXO

CPF/CNPJ 199.723.342-87 PLACA MAT2278

PLACA ANT/UF 9E6K60660E0031601 CHASSI

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLISTA/NAO APLEIE COMBUSTIVEL ALCO/685BI

MARCA/MODELO YAMAHA/YS150 FAZER ED ANO FAB 2014 ANO MOT 2014

CAP/POT/CIL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

GOTA UNICA VENC GOTA UNICA VENC COTAS 1*****

FAIXA LPVA PARCELAMENTO/COTAS 2*****

PAGO DEBITO UNILDA 3*****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10/RS 2292.01 DATA DE PAGAMENTO 08/09/2015

AL.FID. BU INDIACOBES

IF APMAZ DE

DETTRAN

EDM VISTA-RR LOCAL DATA 08/09/2015

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 011265702572 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA O VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatSegurodoTransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 01 199.723.342-87 CPF/CNPJ EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 08/09/2015

RENAVAM 01015569614 MARCA/MODELO YAMAHA/YS150 FAZER ED PLACA MAT2278

ANO FAB 2014 DELTAE 9E6K60660E0031601 Nº CHASSI

PREMIO TARIFARIO

FMS (R\$) R\$129.04 DENATRAN (R\$) R\$14.34 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$145.38

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$1.11 DATA SERVIDO PRO SEGURO (R\$) R\$292.01

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OUTRACAO 08/09/2015

COITA UNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04
www.Seguradoralider.com.br

FEV / 2014

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200181853 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEBASTIANA DOS SANTOS PEIXOTO **Data do acidente:** 08/11/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO
FRATURA DO PILÃO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO- TORNOZELO DIREITO (P.4,5)
//OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS- PUNHO ESQUERDO. (P.13,17)- ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO E
TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Sebastiana dos Santos Peixoto
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	doméstica
IDENTIDADE:	63272 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua Amague, 170 (Aparecida)

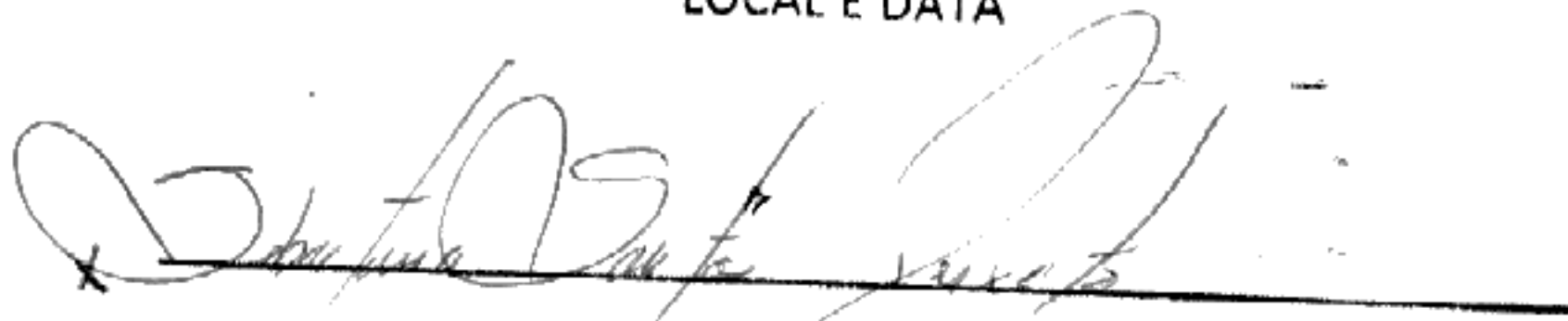
OUTORGADO

NOME:	Yara Livia Guimarães Costa
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônoma
IDENTIDADE:	464771-5 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua Arre, 569-B - Estados

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 08 / 11 / 2019, cobertura invalidéz, vítima: Sebastiana dos Santos Peixoto

Bom Vista, 18 de maio de 2020

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0141951/20

Vítima: SEBASTIANA DOS SANTOS PEIXOTO

CPF: 199.723.342-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/11/2019

Titular do CPF: SEBASTIANA DOS SANTOS PEIXOTO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

YARA DIVA GUIMARAES COSTA : 762.732.616-87

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

SEBASTIANA DOS SANTOS PEIXOTO : 199.723.342-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/05/2020
Nome: SEBASTIANA DOS SANTOS PEIXOTO
CPF: 199.723.342-87

SEBASTIANA DOS SANTOS PEIXOTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/05/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200181853 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEBASTIANA DOS SANTOS PEIXOTO **Data do acidente:** 08/11/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO
FRATURA DO PILÃO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO- TORNOZELO DIREITO (P.4,5)
//OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS- PUNHO ESQUERDO. (P.13,17)- ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00