
Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200315455

Vítima: EVANILDO DA SILVA MAGALHAES

Data do Acidente: 28/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RONALDO DE SOUZA COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVANILDO DA SILVA MAGALHAES

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, contados 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, 09 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200315455 Vítima: EVANILDO DA SILVA MAGALHAES

Data do Acidente: 28/05/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EVANILDO DA SILVA MAGALHAES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois foi entregue cópia simples.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a identificação completa e correta da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 030.049.392-32 3 - CPF da vítima: 030.049.392-32 4 - Nome completo da vítima: EVANILDO DA SILVA MAGALHÃES

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

5 - Nome completo: EVANILDO DA SILVA MAGALHÃES 6 - CPF: 030.049.392-32
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: VICINAL 11, LOTE 21, KM 5,110
11 - Bairro: RUA 12 - Cidade: POPAÍNOPOLES 13 - Estado: PERNAMBUCO
14 - CEP: 6937-000 15 - E-mail: emolodo.cantareiro@bol.com.br 16 - Tel.(DDD): 95 99115-0318

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: 4252 013 CONTA: 00035687 8

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) ☐ Divorciado ☐ 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/PE, 18 de Agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

28/05/2020

CANAIMÉSCI - Sistema de Cadastro de Infratores

Sistema para Cadastro de Infratores - Copyright 2011



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DO POLÍCIAMENTO DO INTERIOR
1º/2º Pel/3ª CIPMFron
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL (ROP)

ROP nº 4805	Data 28/05/2020	Tipo OUTROS	Und Op 1º/2º Pel/3ª CIPMFron	DP
H/Trans 22:35:00	H/Ini 22:35:00	H/Cheg 22:35:00	H/Fim 00:10:00	VTR 017
KM Inicial 27385	KM Fim 27392			
Cód Oc. - 1001	Cód Prov. - 13999		Cód. Ser. Prest. -	
Local da Ocorrência RUA: BR174, Nº. BAIRRO: NAO INFORMADO				

PESSOAS RELACIONADAS

	1 ENVOLVIDO	Nome: Evanildo da Silva Magalhães		
	País de Origem:	BRASIL		
	RG:	CPF:	Idade: 25	
	Endereço:			
2 ÚLTIMAS CONDIÇÕES: (ID 4805 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS:) - TOTAL DE CONDIÇÕES: 1				

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Senhor Delegado de Polícia de Rorainópolis fomos informados via 190 de que havia um motoqueiro as margens da BR 174 vítima de acidente de trânsito que a vítima pilotava uma motocicleta modelo HONDA/CG 150 ESI placa NBA0760 de COR CINZA que ao chegarmos no local a vítima do acidente (item 01) já estava em atendimento pelo corpo de bombeiros com uma fratura exposta na perna esquerda e com outras fraturas no braço esquerdo e na perna direita, a vítima informou que o outro veículo envolvido no acidente era um caminhão que foi embora sem prestar socorro caminhão este que não foi localizado e devido ao estado da vítima não foi possível obter mais informações sobre o acidente sendo a vítima conduzida ao hospital de Rorainópolis para passar por procedimentos cirúrgicos, sendo isto o que tenho a relatar

 SD JOILSON ALCANTARA CADASTRO: 47001189	LOCAL: RORAINOPOLIS / RR - 28/05/2020
--	--

DADOS DO RECEBIMENTO

Recebi os conduzido(s) e os material(ais) acima anotado(s)

CONFERE COM ORIGINAL
Em 16/06/2020
Rorainópolis S. Silva
F-307 Per

 CRENIO DE S. SILVA NOME DO POLICIAL	 ASSINATURA	 DP
--	----------------	--------

RORAINÓPOLIS/RR 28/05/2020

IMPRESSO POR 534 EM 28/05/2020 AS 16:52:21

1º/2º Pel/3ª CIPMFron - 1º/2º Pel/3ª CIPMFron
Rua
Fones: (95)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 030.049.392-32 3 - CPF da vítima: 030.049.392-32 4 - Nome completo da vítima: EVANILDO DA SILVA MAGALHÃES

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

5 - Nome completo: EVANILDO DA SILVA MAGALHÃES 6 - CPF: 030.049.392-32
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: VICINAL 11, LOTE 21, KM 5,110
11 - Bairro: PUEI 12 - Cidade: POPAÍNOPOLES 13 - Estado: PERNAMBUCO
14 - CEP: 6937-000 15 - E-mail: emolodo.cantareiro@bol.com.br 16 - Tel.(DDD): 95 99115-0318

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: 4252 013 CONTA: 00035687 8

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) ☐ Divorciado ☐ 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/PE, 18 de Agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BOA ENERGIA S.A.

Rua Capitão Ezequiel, 257 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 55.341-470/5551-44 - (68) 3634.0000
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imposto autorizado pela 25742/2007

Nº da Nota Fiscal 5651778

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

FCAN*

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2020	06/08/2020	355	203,75

MARIA DE SOUZA DUTRA
V. 11 21 KM 5.2 - RURAL
CEP: 69.373-000 - RORAINÓPOLIS

CPF: 00051062470206

DADOS DA LEITURA (KWh)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 555	Atual: 22/07/2020	Grupo/Subgrupo: 4.2.2.2
Anterior: 550	Anterior: 19/06/2020	Classe/Subclasse: RURAL
Dias de consumo: 33	Próxima leitura: 26/06/2020	Ligação: BIF
Constante de Multiplicação: 1,000	Entrega: 21/07/2020	Número Medidor: T081613952
Consumo medido: 355	Aprovação: 22/07/2020	Forma de Pagamento: NORMAL
Consumo Faturado: 355		Modalidade: COMERC

CONSUMO

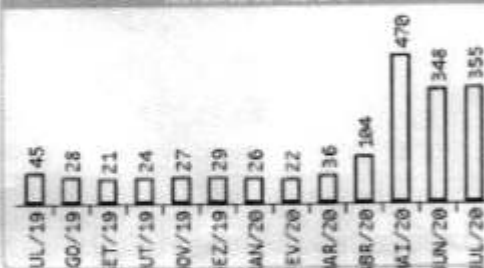
355 A R\$ 0,573971 = 203,75

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 4,355 - R\$ 4,355

Média 12 meses:

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

12.6.2020/10.20 E ENCA. 0000. 1.4.11.16.21.25
Observação: Até o dia 21/07/2020, não constam faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.



RESERVADO AO FISCO DBAF.294F.5E0B.F420.B63A.EA46.A993.70FB

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
				202007A	202007B	
Energia:	111,52	Encargos:	6,31	Base de Cálculo:	ICMS:	34,53
Transmissão:	48,95	Tributos:	37,87	203,75	PIS:	8,42
	0,00				Cofins:	2,80

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Siqueira, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.541.470/0001-44 | Ins. Estadual: 34.001.522-3
Avenida Fiscal / Centro de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impostos autorizada pela SEFINZ, RR/13

Nº de Nota Fiscal 5265486

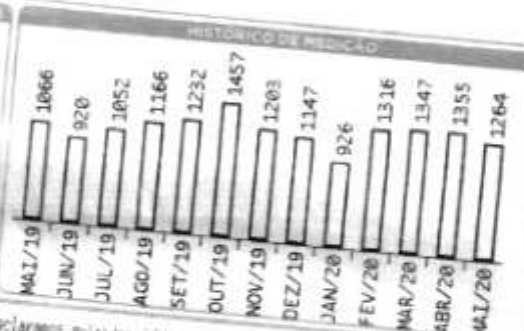
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é concedida
pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002 FCAH*

CONTA Nº: 11/06/2020
CONSUMO: 1264
TOTAL A PAGAR: R\$ 998,65
CPF: 00057064261200

DADOS DA LEITURA (KWH)		DADOS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	2918	Atual:	26/05/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.1.1
Anterior:	1654	Anterior:	25/04/2020	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	51	Próxima leitura:	24/06/2020	Ligação:	TRIF
Constante de Multiplicação:	1,000	Emissão:	22/05/2020	Número Medidor:	12LDT00000
Consumo medido:	1264	Apresentação:	26/05/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	1264			Modalidade:	COMUM

DESCRIÇÃO DE CONTA			
CONSUMO	1264 A R\$ 0,753656 =	952,61	
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 04/20-00		0,82	
MULTA POR ATRASO DE 1 04/20-00		0,69	
JUROS DE MORA POR ATR 04/20-00		0,01	
MULTA POR ATRASO 04/20-00		20,71	
JUROS DE MORA DE IMPO 04/20-00		0,69	
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		23,12	

OUTRAS INFORMAÇÕES
TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 1264 - R\$ 61,7770



Declaramos nulidade de débitos desta UC no ano de 2019 (Lei 12007/09).
Liquide 00007019120 e PAGA ÚNICA VENCIMENTO 1 e 11 15 21 26.
Parabéns! Até o dia 22/05/2020, não constamos faturas vencidas
nesta Unidade Consumidora.

MENSAGENS IMPORTANTES
REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	522,48	Encargos:	23,55	Base de Cálculo:	952,61
Transmissão:	226,00	Tributos:	171,74	ICMS:	17,02%
	8,02			PIS:	2,17%
				Cofins:	8,00%

INDICADORES DE CONTINUIDADE		FC		DCE	
Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor
FC	9,24	FC	8,46	DCE	4,99
FC	18,49	FC	16,92	DCE	33,84
FC	36,99	FC	33,84	DCE	4,99
FC	0,55	FC	2,00	DCE	0,07

ROT: 5.001.12.07.733400

RORAIMA ENERGIA
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Siqueira, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.541.470/0001-44 | Ins. Estadual: 34.001.522-3

SEM CÓDIGO
0023601-2
MÊS FATURADO
05/2020
TOTAL A PAGAR - R\$
998,65
VENCIMENTO
11/06/2020
FCAH*



SEQ.: 0258
LEITURA: 2918
UC: 0023601-2
NORMAL
DT. VENC.: 11/06/2020
DT. LEIT.: 26/05/2020
TOTAL: 998,65
T. ENTR.:
CARGA: P
IRREG.: 000 COLETOR:

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 COAF¹.

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 RONALDO DE SOUZA COSTA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 616535942 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

EVANILDO DA SILVA MAGALHÃES inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.044.392 / 32

do sinistro de DPVAT cobertura PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO da vítima EVANILDO DA SILVA MAGALHÃES

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.044.392 / 32, 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:	Número:		Complemento:
<u>MARIA RODRIGUES DAS SANTOS</u>	<u>996</u>		<u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
<u>ASA BRANCA</u>	<u>BOA VISTA</u>	<u>PP</u>	<u>69-35-260</u>
E-mail:	Tel.(DDD):		
<u>Ronaldinho Costa 2010 61 601 0000 66</u>	<u>95 99115 0318</u>		

Local e Data: Boa Vista/PP 18 de Agosto de 2020

Assinatura

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 27/05/2020 O.S. _____

Excmo. do Sr. Magalhães

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Complicação no mel 13 por de l. e - Fatores em contato*
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____
TIPO DE INTERVENÇÃO: _____
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

Cirurgião: *P. C. - Eduardo* 1º AUXILIAR: *P. C. - Eduardo*
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR DOMINGOS SOUSA PINTO
Br 174 - km 8
CEP. 69.370-970
BORAINÓPOLIS - RR

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Realizado em 27/05/2020. Cirurgia de emergência. Contente. Fatores em contato.
① *Complicação no mel 13 por de l. e - Fatores em contato*
② *Suppur. Comp. - rotunda loc. dermática - Complicação no mel 13 por de l. e*
③ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
④ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
⑤ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
⑥ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
⑦ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
⑧ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
⑨ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
⑩ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
⑪ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
⑫ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
⑬ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
⑭ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
⑮ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
⑯ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
⑰ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
⑱ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
⑲ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
⑳ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㉑ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㉒ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㉓ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㉔ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㉕ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㉖ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㉗ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㉘ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㉙ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㉚ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㉛ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㉜ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㉝ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㉞ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㉟ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㊱ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㊲ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㊳ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㊴ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㊵ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㊶ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㊷ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㊸ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㊹ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㊺ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㊻ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㊼ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㊽ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㊾ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*
㊿ *Suppur. Comp. - rotunda no ant. e*

Carlos Eduardo de C. Guerra
Ortopedia / Trauma-Ortopedia
CRM-RR 500



DADOS DO ATENDIMENTO => DIA: 27 MÊS: 05 ANO: 2020 HORA: 23:00 NÚMERO DE PRONTUÁRIO: 991542125

DADOS DO (A) PACIENTE

REGISTRADO POR: ADE-NEZ SOU

NOME DO PACIENTE:

EVAMILDO DA SILVA MAGALHÃES

DATA
NASCIMENTO

Dia: 25 Mês: 05 Ano: 1995 Idade: 25

Documento de Identificação: C.P.F.

SEXO: M () F ()

OUTROS: ()

ETNIA

Cartão do SUS Nº (CNS)

Estado Civil:

U. CASADO

PROFISSÃO:

Logradouro e N°

RUA C

Bairro:

P. ONAVIDES

Município:

RLIS

Estado (UF)

RR

NACIONALIDADE:

BRASIL

FILIAÇÃO

PAI

MÃE

ELORIA BERNARDO DA SILVA

02

RESIDÊNCIA

VIA PÚBLICA

DO ACIDENTE

OUTROS (DESCREVER):

TRABALHO

TRÂNSITO

03

TRANSPORTADO

DE AMBULÂNCIA

DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA

OUTROS (DESCREVER):

REMOVIDO

TEMP:

PESO/Kg:

P.A.

X

m.m.H.g.

04

PROFISSÃO

SE ACIDENTE DE TRABALHO ESPECIFICAR

DIA MÊS ANO HORA

OBSERVAÇÕES

05

ESPECIALIDADE:

INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

RESUMO CLÍNICO:

EXAME FÍSICO:

EXAME COMPLEMENTARRES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):

RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):

DIAGNÓSTICO:

PROVÁVEL:

DEFINITIVO:

06

REMOVIDO (A) PARA

DO (A) PACIENTE

INTERNADO NO (A)

Confere
com original

ÓBITO

Antes do primeiro atendimento? () Sim () Não

Destino () Família () IML



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APTº OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Evanildo da Silva Menezes				27/05/20	
CIRURGIA					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
Amputação de MIE			INÍCIO	FIM	
			23:30	2:10	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	Carlos Guerra		ANESTESISTA	Atílio	
1º AUXILIAR	Tomaz		INSTRUMENTADOR		
2º AUXILIAR			CIRCULANTE	Kenedy	
TIPO DE ANESTESIA					
Geral					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	TEMPO DE DURAÇÃO	
				MEDICAMENTOS	
				VALOR	
1	BAGUT SIMPLES N° Vicril 1		2	HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATGUT SIMPLES N°		1	FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc	500
	CATGUT SIMPLES N°		1	FRASCO SORO	
	CATGUT N°		1	FRASCO SORO GLICOSADO %cc	
	CATGUT CROMADO N°		1	FRASCO SORO GLICOSA %cc	
	CATGUT CROMADO N°		1	XILOCAÍNA %cc	
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO		1	FLAXEDIL	
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO		1	FLUOTHANE	
	FIOS DE SEDA N°		1	PENTRANE	Epitio-xoma 2g
	FIOS DE ALGODÃO N°		1	ENTRANE	Adrenalina
	MONONYLON COM AGULHA		1	ETER	
	MONONYLON SEM AGULHA		1	ATROPINA	
	UNIDADES DE GAZE		1	PROSTGMIN	
	PARES DE LUVAS N°		1	THIONEMBUTA	
	EQUIPOS PARA SORO		1	MARCAINA	
	ROLOS DE ESPARADRAPO		1	INOVAL	
	DRENOS N°		1	GLICOSE %	
	SONDAS N°		1	ÁGUA OXIGENADA	
	AGULHAS		1	MERTHIOLATE	
	COMPRESSAS		1	MERCÚRIO CROMADO	
	LÂMINAS PARA BISTURI		1	RODINÓPOLIS	
	Seringas 10ml		1	Bolna sangue	
	20ml		1	Bolna plasma	
SOMA			SOMA		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS					
INSTRUMENTADOR(A)		ENFERMEIRA CHEFE		VALOR	
FUNCIIONARIO / CÁLCULOS		FUNCIIONARIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO			
DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE					
MATERIAL MEDICAMENTOS					
SUB-TOTAL					
TAXA DE SALA					
TAXA DE ANESTESIA					
SOMA					

Contere
com origina



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

"Anestesia Peridural aos Brasileiros"

Emergência

FICHA DE ANESTESIA

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Maurício da Silva Magalhães

Nº ASA II G-
281051200.

SÍMBOLOS	DOSES	TECNICA	ANOTAÇÕES
Adrenalina 100g		# Curv. Post.	
Atropina 1mg		Vinc. SNT - VMC	
Curv. 10g		Lev. - Rec. CT 18g	
Curv. 20g		CT 18g	
Curv. 20g		CT 18g	
Curv. 20g		CT 18g	
Curv. 20g		CT 18g	
Curv. 20g		CT 18g	
Curv. 20g		CT 18g	
Curv. 20g		CT 18g	
SANGUE	10g / 10g = 10g	Curv. 20g	
TOTAL	10g	10g	
OPERACÃO	Amputação parcial (+) + Anest. máx + Ant. + Anest. (+)	10g	
ANESTESIA	00000	01-00000	

Dr. Attila Bessi
Médico CRM-RR 1265
San. Heli Campos, nº 2200-Centro
Rorainópolis-RR

Dr. Oliveira
Dr. Tamar.

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 463
CEP: 69.370-370
RORAINÓPOLIS - RR

Contere
com original



DADOS DO ATENDIMENTO	DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE PRONTUÁRIO
			2020		

01 DADOS DO (A) PACIENTE						REGISTRADO POR:	
NOME DO PACIENTE:							
DATA NASCIMENTO	Dia	Mês	Ano	Idade	Documento de Identificação	C.P.F.	SEXO: M () F () OUTROS: () ETNIA
Logradouro e N°						Cartão do SUS Nº (CNS)	Estado Civil:
Bairro:			Município:		Estado (UF)	NACIONALIDADE:	PROFISSÃO:
FILIAÇÃO		PAI		MÃE			

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR ULIUMAR DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 458
CEP: 69.371-170
RORAINÓPOLIS - RR

02	RESIDÊNCIA		DO ACIDENTE	
	☐	VIA PÚBLICA	☐	TRABALHO
OUTROS (DESCREVER):				
03	TRANSPORTADO		DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA	
	☐	DE AMBULÂNCIA	☐	REMOVEDO
OUTROS (DESCREVER):				

TEMP:	PESO/Kg:	P.A.	X	m.m.Hg.

04	SE ACIDENTE DE TRABALHO ESPECIFICAR			
PROFISSÃO				
DIA	MÊS	ANO	HORA	OBSERVAÇÕES

05	INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA	
ESPECIALIDADE:	contere com original	
RESUMO CLÍNICO:	Paciente que foi trazido pelos Bombeiros com queixa de dor no abdômen e náuseas.	
EXAME FÍSICO:	A/R: PV normal, SCS. Não sintoma	
EXAME COMPLEMENTARRES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):	SNC: ECG 15 minutos -	
RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):	Exames de urina e sangue.	
DIAGNÓSTICO:	Doença inflamatória	
PROVÁVEL:	DEFINITIVO:	

06	REMOVEDO (A) PARA		DO (A) PACIENTE	
	INTERNO (A)			

ÓBITO	Antes do primeiro atendimento? () Sim () Não	
Assinatura do Paciente ou Responsável		
Carimbo e Rubrica do Médico		



HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO HEMOCENTRO
DO ESTADO DE RORAIMA / AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE RORAINÓPOLIS

NOME DO PACIENTE: Evemildo Silva Magalhães
SETOR: TAQUINHO LEITO: _____ SEXO: M (☒) F ()

DN: ____/____/____

TRANSFUSÃO 01

DATA: 29/09/20

N° da bolsa: 0114200504027 ABO/RH: O+

MÉDICO SOLICITANTE: Carlos Eduardo

Condições clínicas (sinais e sintomas nas últimas 24h)

() febre () taquicardia () vômito () hipertensão
() hipotensão () outros

QUAL?

Paciente em uso de antimicrobiano? (☒) sim () não

QUAL? ceftriaxona / gentamicina

CH (☒) PFC () 284 ml

INÍCIO: hora supervisão 10' iniciais: 11:10

PA: 123x81 Temp: 36.4°C Pulso: 95

Tranfusionista: _____ Registro: _____

TÉRMINO: hora: 13:10 Temp: 37.4°C Pulso: 95

Tranfusionista: _____ Registro: _____

Intercorrência durante a transfusão? () sim (☒) não

QUAL?

Obs: _____

TRANSFUSÃO 03

DATA: ____/____/____

N° da bolsa: _____ ABO/RH: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____

Condições clínicas (sinais e sintomas nas últimas 24h)

() febre () taquicardia () vômito () hipertensão
() hipotensão () outros

QUAL?

Paciente em uso de antimicrobiano? () sim () não

QUAL?

CH () PFC () _____ ml

INÍCIO: hora supervisão 10' iniciais: _____

PA: _____ Temp: _____ Pulso: _____

Tranfusionista: _____ Registro: _____

TÉRMINO: hora: _____ Temp: _____ Pulso: _____

Tranfusionista: _____ Registro: _____

Intercorrência durante a transfusão? () sim () não

QUAL?

Obs: _____

TRANSFUSÃO 02

DATA: ____/____/____

N° da bolsa: 0114200505007 ABO/RH: O+

MÉDICO SOLICITANTE: Carlos Eduardo

Condições clínicas (sinais e sintomas nas últimas 24h)

() febre () taquicardia () vômito () hipertensão
() hipotensão () outros

QUAL?

Paciente em uso de antimicrobiano? (☒) sim () não

QUAL? ceftriaxona / gentamicina

CH (☒) PFC () 309 ml

INÍCIO: hora supervisão 10' iniciais: 13:50

PA: 138/80 Temp: 37.4°C Pulso: 99

Tranfusionista: _____ Registro: _____

TÉRMINO: hora: 16:00 Temp: 37.5°C Pulso: 96

Tranfusionista: _____ Registro: _____

Intercorrência durante a transfusão? () sim (☒) não

QUAL?

Obs: _____

TRANSFUSÃO 04

DATA: ____/____/____

N° da bolsa: _____ ABO/RH: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____

Condições clínicas (sinais e sintomas nas últimas 24h)

() febre () taquicardia () vômito () hipertensão
() hipotensão () outros

QUAL?

Paciente em uso de antimicrobiano? () sim () não

QUAL?

CH () PFC () _____ ml

INÍCIO: hora supervisão 10' iniciais: _____

PA: _____ Temp: _____ Pulso: _____

Tranfusionista: _____ Registro: _____

TÉRMINO: hora: _____ Temp: _____ Pulso: _____

Tranfusionista: _____ Registro: _____

Intercorrência durante a transfusão? () sim () não

QUAL?

Obs: _____

05.370.016/0001-00

HOSPITAL REGIONAL SUL

GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

CAMPO DO RESPONSÁVEL PELA HEMOVIGILÂNCIA (BUSCA ATIVA - MONITORAMENTO)

B) 174 - R11 - 13

CEP: 69.370-270

RORAINÓPOLIS

RR

Confere
domingina



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

QUARTO:

06

LEITO:

06

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

Scindell de Silva Macedo

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

Conte

com. original

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

05.370.016/0001-00

HOSPITAL REGIONAL SUL

GOVERNADOR OTOMAR DE SOUZA PINTO

BR 101 - km 198

CEP: 69.370-970

BOA VISTA

RS

RELATORIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO:

OBSERVAÇÃO

SND

MANTER

10/10/2009

08

Amor

10/10/2009 24/24

10/10/2009 24/24

10/10/2009 24/24

10/10/2009 24/24

10/10/2009 24/24

10/10/2009 24/24

Rotina diária

11.02

10/10/2009 24/24

10/10/2009 24/24

10/10/2009 24/24

10/10/2009 24/24

- 4) Janela normal OK.
- 5) Janela RC OK.
- 6) Análises x Ortopedia
- 7) Avaliação x Anest. G. 2
- 8) Imortuologia Contato OK

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR CARLOS DE SOUSA PINTO
BR 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS - RR

Dr. Juan C. Colque A.
Médico CRM-RR 1928
27/MAIO/2020

Cirurgia Geral - 23:40h - 27/05/20

Dr. Luiz Fernando Junges
Cirurgia Geral
RQE 159 / CRM-RR

Politrauma, acidente de moto na estrada, trazido pelo bombeiro.

- Ⓐ VAP, c. color, sem dor cervical. Ⓑ Supnecia em AA, dot: 60%, AP: MVE, e FA. Ⓒ PA: 130x90 mmHg; FC: 98bpm. Pulso cheio. Ⓓ ECG: 15. AFIB
- Ⓔ M.S.E. imobilizada e aparente Fx. Laceração de perna (2/3 proximal) e Fx de tíbia/fíbula e grande quantidade de partes moles, e desvascularização do segmento distal de perna.
- FAST: Negativo. Rx tórax e abdome aparentemente normais.
- Di: Sem conduta de cirurgia Geral.

Contere
com origina



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

Exemplo de Sici Medeiros

Conte
am.ortuquina

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

05.370.016/0001-00

HOSPITAL REGIONAL SUL

GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

Bf. 174 - Km 468

CEP: 69.370-970

RORAIMÓPOLIS

RS

Exemplo

1) Exemplo

2) Exemplo

3) Exemplo

4) Exemplo

Amor

5) Exemplo

6) Exemplo

7) Exemplo

8) Exemplo

9) Exemplo

Exemplo de Sici Medeiros

Exemplo de Sici Medeiros

Carlos Eduardo de C. Oliveira
Ortopedia / Trauma-Ortopedia
CRM-RS 350

Exemplo de Sici Medeiros

Exemplo de Sici Medeiros



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

05.370.016/0001-00

HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTOMAR DE SOUZA PINTO

Br. 174 - Km 468

CEP. 69.370-970

RORAIMÓPOLIS

RR

Contere
com.Ordina

RELATORIO DE ENFERMAGI

HORARIO:

OBSERVAÇ

Monter 8h
ate 20h

130x70

130x70

130x70

130x70

130x70

130x70

130x70

130x70

130x70

130x70

130x70

130x70

130x70

130x70

130x70

16:35 HS
Temp. 38°C

14:30 HS.

Temp. 32°C

Temp. 32°C

Temp. 32°C

Temp. 32°C

Temp. 32°C

AS 3:10 HS

PA PA 130x70

PA PA 130x70

PA PA 130x70

PA PA 130x70

PA PA 130x70

PA PA 130x70

NOME DO PACIENTE: EVANILDO DA SILVA MAGALHÃES
SETOR: C-C LEITO: SEXO: M ☒ F ☐

TRANSFUSÃO 01

DATA 28/05/2020

Nº da bolsa: 4190030032 ABO/RH O+

MÉDICO SOLICITANTE:

Condições clínicas (sinais e sintomas nas últimas 24h)

() febre () taquicardia () vômito () hipertensão

() hipotensão () outros

QUAL?

Paciente em uso de antimicrobiano? ☒ sim () não

QUAL? Ceftriaxona 2g

CH () PFC () ml

INÍCIO: hora supervisão 10' iniciais: 01:20

PA: 133/60 Temp: 36°C Pulso: 82

Tranfusionista: Ranedy Registro:

TÉRMINO: hora: 02:20 Temp 36°C Pulso: 74

Tranfusionista: Registro:

Intercorrência durante a transfusão? () sim ☒ não

QUAL?

Obs:

TRANSFUSÃO 03

DATA 28/05/2020

Nº da bolsa: 4190221030 ABO/RH O+

MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Athila

Condições clínicas (sinais e sintomas nas últimas 24h)

() febre () taquicardia () vômito () hipertensão

() hipotensão () outros

QUAL?

Paciente em uso de antimicrobiano? ☒ sim () não

QUAL? Ceftriaxona 2g

CH () PFC () ml O+

INÍCIO: hora supervisão 10' iniciais: 2:00

PA: 85/50 Temp: Pulso: 106

Tranfusionista: Athila Registro:

TÉRMINO: hora: 2:05 Temp 36°C Pulso: 95

Tranfusionista: Registro:

Intercorrência durante a transfusão? () sim ☒ não

QUAL?

Obs:

TRANSFUSÃO 02

DATA 28/05/2020

Nº da bolsa: 4200428002 ABO/RH O+

MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Athila

Condições clínicas (sinais e sintomas nas últimas 24h)

() febre () taquicardia () vômito () hipertensão

() hipotensão () outros

QUAL?

Paciente em uso de antimicrobiano? ☒ sim () não

QUAL? Ceftriaxona 2g

CH () PFC () ml

INÍCIO: hora supervisão 10' iniciais: 01:22

PA: 120/80 Temp: Pulso: 112

Tranfusionista: Athila Registro:

TÉRMINO: hora: 02:20 Temp 36,4°C Pulso: 63

Tranfusionista: Ranedy Registro:

Intercorrência durante a transfusão? () sim ☒ não

QUAL?

Obs:

TRANSFUSÃO 04

DATA 28/05/2020

Nº da bolsa: 4200428002 ABO/RH O+

MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Athila

Condições clínicas (sinais e sintomas nas últimas 24h)

() febre () taquicardia () vômito () hipertensão

() hipotensão () outros

QUAL?

Paciente em uso de antimicrobiano? ☒ sim () não

QUAL? Ceftriaxona 2g

CH () PFC () ml

INÍCIO: hora supervisão 10' iniciais: 2:20

PA: 120/80 Temp: Pulso: 80

Tranfusionista: Registro:

TÉRMINO: hora: 3:10 Temp Pulso: 100

Tranfusionista: Registro:

Intercorrência durante a transfusão? () sim ☒ não

QUAL?

Obs:

05.370.016/0001-00

HOSPITAL REGIONAL SUL

GOVERNADOR OTACAR DE SOUZA PINTO

Br. 174 - Km 468

CEP: 69.370-970

RORAINÓPOLIS

RR

CAMPO DO RESPONSÁVEL PELA HEMOVIGILÂNCIA (BUSCA ATIVA - MONITORAMENTO)

Confere
com original



HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO HEMOCENTRO
DO ESTADO DE RORAIMA / AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE RORAINÓPOLIS

ANO
2020

NOME DO PACIENTE: Francisco da Silva Magalhães DN: / /
SETOR: LEITO: SEXO: M () F ()

TRANSFUSÃO 01

DATA: 28/05/20

N° da bolsa: 011400438010 ABO/RH: O+
MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Carlos Eduardo

Condições clínicas (sinais e sintomas nas últimas 24h)
(X) febre () taquicardia () vômito () hipertensão
() hipotensão () outros

QUAL?

Paciente em uso de antimicrobiano? (X) sim () não

QUAL? Gentamicina / Gentamicina

CH (X) PFC () 230ml ml

INÍCIO: hora supervisão 10' iniciais: 19:45

PA: 140x80 Temp: 37.9 Pulso: 96

Tranfusionista: Registro:

TÉRMINO: hora: 20:30 Temp: 37.6 Pulso: 100 bpm

Tranfusionista: Registro:

Intercorrência durante a transfusão? () sim () não

QUAL?

Obs: Paciente apresenta Febre. Transfusão
sem alteração médica. Hb: 7.8 g/dl
PA: 130x80 mmHg

TRANSFUSÃO 02

DATA: 28/05/20

N° da bolsa: 0119200430010 ABO/RH: O+

MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Carlos Eduardo

Condições clínicas (sinais e sintomas nas últimas 24h)
(X) febre () taquicardia () vômito () hipertensão
() hipotensão () outros

QUAL?

Paciente em uso de antimicrobiano? (X) sim () não

QUAL? Gentamicina / Gentamicina

CH (X) PFC () 240ml ml

INÍCIO: hora supervisão 10' iniciais: 22:58

PA: 117x70 Temp: 37.4 Pulso: 117 bpm

Tranfusionista: Registro:

TÉRMINO: hora: 01:00 Temp: 37.2 Pulso: 108 bpm

Tranfusionista: Registro:

Intercorrência durante a transfusão? () sim (X) não

QUAL?

Obs:

TRANSFUSÃO 03

DATA: / /

N° da bolsa: ABO/RH:

MÉDICO SOLICITANTE:

Condições clínicas (sinais e sintomas nas últimas 24h)
() febre () taquicardia () vômito () hipertensão
() hipotensão () outros

QUAL?

Paciente em uso de antimicrobiano? () sim () não

QUAL?

CH () PFC () ml

INÍCIO: hora supervisão 10' iniciais:

PA: Temp: Pulso:

Tranfusionista: Registro:

TÉRMINO: hora: Temp: Pulso:

Tranfusionista: Registro:

Intercorrência durante a transfusão? () sim () não

QUAL?

Obs:

TRANSFUSÃO 04

DATA: / /

N° da bolsa: ABO/RH:

MÉDICO SOLICITANTE:

Condições clínicas (sinais e sintomas nas últimas 24h)
() febre () taquicardia () vômito () hipertensão
() hipotensão () outros

QUAL?

Paciente em uso de antimicrobiano? () sim () não

QUAL?

CH () PFC () ml

INÍCIO: hora supervisão 10' iniciais:

PA: Temp: Pulso:

Tranfusionista: Registro:

TÉRMINO: hora: Temp: Pulso:

Tranfusionista: Registro:

Intercorrência durante a transfusão? () sim () não

QUAL?

Obs:

CAMPO DO RESPONSÁVEL PELA HEMOVIGILÂNCIA (BUSCA ATIVA – MONITORAMENTO)

Contere
com original

DATA: 7.6.202
Prontuário: 116
Enfermaria:

NOME: Camilo do Silva Magalhães
ID: proprietário
SEXO: () FEM. () MASC.
Idade: _____ ANOS
Dia da Internação: ____/____/____

EXAME FÍSICO		DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
SISTEMA NEUROLÓGICO () CONSCIENTE () DESORIENTADO () SEDADO () COMATOSO PUPILAS () ISOCÓRICAS () MIDRÍATICAS () MIÓTICAS () ANISOCÓRICAS D. e () FOTOREAGENTES () INJÁ REAGENTES SISTEMA RESPIRATÓRIO () JAR AMBIENTE () JNOZ () JMNZ () JENTUBADO () JEUPNÉICO () JOEPNÉICO () JTAQUIPNEICO () JBRADIPNEICO AP. MURMÚRIOS VESICULARES () JPRESENTE () JAUSENTE RUIDOS ADVENTÍCIOS: () JAUSENTE () JRONCOS () JSIBILO () JESTERTORES CREPITANTES SISTEMA VASCULAR () JNORMOCÁRDICO () JTAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO PULSO: () JCHEIO () JFILIFORME () JNORMOTENSO () JHIPERTENSO () JHIPOTENSO ASCULTA CARDÁCA: () JBULHAS NORMATÓNICAS () JBULHAS HIPOFONÉTICAS () JBULHAS HIPERFONÉTICAS () JSEM SOPRO () JCOM SOPRO SISTEMA GASTROINTESTINAL ABDOMEN: () JPLANO () JSEMIGLOBOSO () JGLOBOSO () JDISTENDIDO () JASCÍTICO () JFLACIDO () JTIMPÂNICO () JHIPERTIMPÂNICO RHA: () JPRESENTE () JOMINÚDO () JAUSENTE DIETA: () JZERO () JVO () JSNG/SOG () JSME/SOE () JNPT ELIMINAÇÕES: () JPRESENTE () JAUSENTE () JCOLOSTOMIA ASPECTO:		REGULAÇÃO NEUROLÓGICA 1. ALTERAÇÃO NO PROCESSO DO PENSAMENTO RELACIONADO A: () ALTERAÇÕES BIOQUÍMICAS () TRAUMA EMOCIONAL () ANSIEDADE () DEPRESSÃO () JTC 2. MEMÓRIA PREJUDICADA RELACIONADA A: () DOENÇA CEBRAL DOAGNOSTICADA () LESÃO SNC () JTC () EFEITOS DE MEDICAÇÃO () JOEPRESSÃO () DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO 3. CONFUSÃO AGUDA RELACIONADA A: () HIPOXEMIA E OU PERTURBAÇÃO NO METABOLISMO CEBRAL () JTC PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS 1. DOR RELACIONADA A: () PRESSÃO EXCESSIVA SOBRE ÓRGÃO OU PARTE DO CORPO () JINFECÇÕES () TEMPERATURAS MUITO ELEVADAS OU MUITO BAIXA () JESQUEMIAS 2. CONFUSÃO AGUDA RELACIONADA A: () INTOXICAÇÃO INTESTINAL () JPOS ANESTESIA () JDOOR AGUDA E INTENSA () JIRRITAÇÃO DO SISTEMA GASTROINTESTINAL POR MEDICAMENTOS () JUREMIA () JHIPOGLUCEMIA () JHIPONATREMIA () JHIPO E HIPERCALEMIA () JHIPIERTEÇÃO INTRACRANIANA () JINFECÇÃO INTESTINAL OXIGENAÇÃO 1. PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ RELACIONADA A: () JATIVIDADE NEUROMUSCULAR PREJUDICADA () JDOOR () JANSIEDADE () JFADIGA E ENERGIA DIMINUIDA () JOANO MUSCULOESQUELÉTICO REGULAÇÃO VASCULAR 1. DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO RELACIONADO A: () JHIPOVOLEMIA () JARRITMIAS CARDÍACAS () JFALÊNCIA DA BOMBA CARDÍACA () JCHOQUE SÉPTICO () JCHOQUE ANAFILÁTICO 2. RISCO PARA DIMINUIÇÃO DE DÉBITO CARDÍACO RELACIONADO A: () JARRITMIAS () JEFETOS DE MEDICAMENTOS (HIPOTENSORES E DIURÉTICOS) () JTRAUMATISMO 3. RISCO PARA DISTRIBUIÇÃO NEUROMUSCULAR PERIFÉRICA/FATORES DE RISCO () JTRAUMATISMO COM OU SEM FRATURAS () JIMOBILIZAÇÕES () JCIURGIAS VASCULARES OU ORTOPÉDICAS () JCOMPRESSÕES () JDIABETES REGULAÇÃO TÉRMICA 2. RISCO PARA ALTERAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL/FATORES DE RISCO () JEXTREMO DE IDADE () JEXTREMO DE PESO () JDESIDRATAÇÃO () JEXPOSIÇÃO A AMBIENTE FRIO OU QUENTE () JMEDICAMENTOS CAUSADORES DE VASOCONSTRIÇÃO/VASODILATAÇÃO () JTAIXAS METABÓLICAS ALTERADAS () JINATIVIDADE OU ATIVIDADE INTENSA () JTRAUMAS QUE AFETAM A REGULAÇÃO DA TEMPERATURA () JSECREÇÃO		1. VERIFICAR E REGISTRAR SSVV / HS 2. OBSERVAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA 3. MANter PÉRVIO E IDENTIFICAR OS ACESSOS VASCULARES 4. CUIDADOS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS 5. MANter PÉRVIA VAS 6. ASPIRAR TOT/TOT/VAS QUANDO NECESSÁRIO 7. OBSERVAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES: (DIARÉIAS/SONDAS/DRENOS/OUTROS) 8. FAZER CONTROLE DE DIURSE DIÁRIA 9. VERIFICAR E REGISTRAR PRESENÇA DE EDEMA 10. ELEVAR DE CUBITO ANTES E DURANTE A ADM. DE DIETAS 11. REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA 12. REALIZAR MUDANÇA DE CUBITO A CADA 2 HORAS 13. ESTIMULAR O AUTO CUIDADO	
		EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO DIURNO: NOTURNO:		05.370.016/0001-00 HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTONAR DE SOUSA PINTO BR-174 - Km 468 CEP: 69.370-970 RORAIMA/POLIS	



Nome: Edson da Silva
HID: Américo
SEXO: () FEM. () MASC.

Idade: _____ ANOS
Dia da internação: ____/____/____

DATA: 06/06/2020
Prontuário: _____
Enfermaria: _____

EXAME FÍSICO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
SISTEMA NEUROLÓGICO () CONSCIENTE () DESORIENTADO () SEDADO () COMATOSO PUPILAS () ISOCÓRICAS () MIDRIÁTICAS () MIOÁTICAS () ANISOCÓRICAS D. E. () FOTORREAGENTES () INÁO REAGENTES SISTEMA RESPIRATÓRIO () JAR AMBIENTE () JCN2 () JMN2 () JENTUBADO () JLEUPNÉICO () JDISPNÉICO () JTAQUIPNEÍCO () BRADIPNEÍCO AP. MURMÚRIOS VESICULARES () PRESENTE () AUSENTES RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () BRONCOS () SIBLOS () JESTERTORES CREPITANTES SISTEMA VASCULAR () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO PULSO: () CHEIO () JELIFORME () NORMOTENSO () HIPERTENSO () HIPOTENSO ASCULTA CARDÍACA: () BULHAS NORMOFONÉTICAS () BULHAS HIPOFONÉTICAS () BULHAS HIPERFONÉTICAS () SEM SOPRO () COM SOPRO SISTEMA GASTROINTESTINAL ABDOMEN: () PLANO () SEMIGLOBOSO () GLOBOSO () DISTENDIDO () JASCÍTICO () FLÁCIDO () TIMPÂNICO () HIPERTIMPÂNICO RHA: () PRESENTE () DIMINuíDO () AUSENTE DIETA: () ZERO () JVO () JNG/SOG () JSNE/SOE () JNPT ELIMINAÇÕES: () PRESENTE () AUSENTE () COLOSTOMIA ASPECTO: _____ SISTEMA URINÁRIO () RESPONTÁNEA () JSVD () JCISTOSTOMIA () JUROPEN () JPOLÍURIA () JOLIGURIA () JISÚRIA () JEMATÚRIA () JANÚRIA () JPIÚRIA COLORAÇÃO: () JÚMPIDA () CONCENTRADA () JSEDIMENTOS OUTROS: _____ INTEGRIDADE DA PELE/MUCOSAS/REGULAÇÃO TÉRMICA LESÕES: () PRESENTE/LOCAL () AUSENTE () JNORMOCARADA () JHIPOCARADA () JICTÉRICA () JCIANÓTICA () JDESCORADA () JHIDRATADA () JDESIDRATADA () JNORMOTÉRMICO () JHIPERTÉRMICO () JHIPOTÉRMICO MEMBROS SUPERIORES/INFERIORES () JSEM ALTERAÇÕES () JEDEMA () JMAL DISTRIBUÍDO () JPERFUSÃO > 35 () JPERFUSÃO < 35	REGULAÇÃO NEUROLÓGICA 1-ALTERAÇÃO NO PROCESSO DO PENSAMENTO RELACIONADO A: () ALTERAÇÕES BIOQUÍMICAS () TRAUMA EMOCIONAL () ANSIEDADE () DEPRESSÃO () JTC 2-MEMÓRIA PREJUDICADA RELACIONADA A: () DORRÊNCIA CEBRAL DOAGNOSTICADA () JLESÃO SNC () JTC () EFEITOS DE MEDICAÇÃO () JOEPRESSÃO () JINFLUIDADE DE CONCENTRAÇÃO 3-CONFUSÃO AGUDA RELACIONADA A: () JHIPOKEMIA E OU PERTURBAÇÃO NO METABOLISMO CEBRAL () JTC PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS 1 DOR RELACIONADA A: () JPRESSÃO EXCESSIVA SOBRE ÓRGÃO OU PARTE DO CORPO () JINFECCÕES () JTEMPERATURAS MUITO ELEVADAS OU MUITO BAIXA () JISQUEMIAS 2-CONFUSÃO AGUDA RELACIONADA A: () JINTOXICAÇÃO INTESTINAL () JPOS. ANESTESIA () JDOOR AGUDA E INTENSA () JIRRITAÇÃO DO SISTEMA GASTROINTESTINAL POR MEDICAMENTOS () JUREMIA () JHIPOGLUCEMIA () JHIPONATREMIA () JHIPO E HIPERCALEMIA () JHIPERTENSÃO INTRACRANIANA () JINFECCÃO INTESTINAL OXIGENAÇÃO 3- PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ RELACIONADA A: () JATIVIDADE NEUROMUSCULAR PREJUDICADA () JDOOR () JANSIEDADE () JFADIGA E ENERGIA DIMINuíDA () JDOOR MUSCULOESQUELÉTICO REGULAÇÃO VASCULAR 1- DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO RELACIONADO A: () JHIPOVOLEMIA () JARRITMIAS CARDÍACAS () JFALÊNCIA DA BOMBA CARDÍACA () JCHOQUE SÉPTICO () JCHOQUE ANAFILÁCTICO 2- RISCO PARA DIMINUIÇÃO DE DÉBITO CARDÍACO RELACIONADO A: () JARRITMIAS () JEFETOS DE MEDICAMENTOS (HIPOTENSORES E DIURÉTICOS) () JTRAUMATISMO 3- RISCO PARA DISFUNÇÃO NEUROMUSCULAR PERIFÉRICA/TAPORES DE RISCO () JTRAUMATISMO COM OU SEM FRATURAS () JIMOBILIZAÇÕES () JCIRURGIAS VASCULARES OU ORTOPÉDICAS () JCOMPRESSÕES () DIABETES REGULAÇÃO TÉRMICA 1- RISCO PARA ALTERAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL/TAPORES DE RISCO () JEXTREMO DE IDADE () JEXTREMO DE PESO () JDESIDRATAÇÃO () JEXPOSIÇÃO A AMBIENTE FRIO OU QUENTE () JMEDICAMENTOS CAUSADORES DE VASCONSTRUÇÃO/VASODILATAÇÃO () JTAXAS METABÓLICAS ALTERADAS () JINATIVIDADE OU ATIVIDADE INTENSA () JTRAUMAS QUE AFETAM A REGULAÇÃO DA TEMPERATURA () JSECREÇÃO	1-VERIFICAR E REGISTRAR SSVV / HS 2-OBSERVAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA 3-MANter PÉRVIOS E IDENTIFICAR OS ACESSOS VASCULARES 4-CUIDADOS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS 5-MANter PÉRVIA VAS 6-ASPIRAR TOT/TQT/VAS QUANDO NECESSÁRIO 7-OBSERVAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES: (DIARRÉIA/SONDAS/DRENOS/OUTROS) 8-FAZER CONTROLE DE DIURSE DIÁRIA 9-VERIFICAR E REGISTRAR PRESENÇA DE EDEMA 10-ELVAR DE CÚBITO ANTES E DURANTE A ADM. DE DIETAS 11-REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA 12-REALIZAR MUDANÇA DE CÚBITO A CADA 2 HORAS 13-ESTIMULAR O AUTO CUIDADO EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO DIURNO: 05.370.016/0001-00 HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO B: 174 - Km 468 CNPJ: 09.370-970 RORAIMAPOLIS - RR NOTURNO: <i>Prontuário está sob posse do enfermeiro</i> <i>Prontuário está sob posse do enfermeiro</i> <i>Prontuário está sob posse do enfermeiro</i> CONFERE com original



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:
NOME DO PACIENTE: <i>Edson Silva Mendes</i>			
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:			

DATA HORA:	PRESCRIÇÃO:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM																		
<i>06/08/2006 10:00h</i>	05.370.016/0001-00 HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO Br. 174 - Km 4,3 CEP: 69.370-970 RORAINÓPOLIS RR	<table><thead><tr><th>HORÁRIO:</th><th>OBSERVAÇÃO</th></tr></thead><tbody><tr><td><i>5h00</i></td><td><i>18:00 h</i></td></tr><tr><td><i>7h00</i></td><td><i>T: 37,7°C</i></td></tr><tr><td><i>9h00</i></td><td><i>manter em jejum medu</i></td></tr><tr><td><i>11h00</i></td><td><i>20.00h P.M.</i></td></tr><tr><td><i>13h00</i></td><td><i>24h</i></td></tr><tr><td><i>15h00</i></td><td><i>24h</i></td></tr><tr><td><i>17h00</i></td><td><i>Alimentação normalizada.</i></td></tr><tr><td><i>19h00</i></td><td><i>Rotina</i></td></tr></tbody></table>	HORÁRIO:	OBSERVAÇÃO	<i>5h00</i>	<i>18:00 h</i>	<i>7h00</i>	<i>T: 37,7°C</i>	<i>9h00</i>	<i>manter em jejum medu</i>	<i>11h00</i>	<i>20.00h P.M.</i>	<i>13h00</i>	<i>24h</i>	<i>15h00</i>	<i>24h</i>	<i>17h00</i>	<i>Alimentação normalizada.</i>	<i>19h00</i>	<i>Rotina</i>
HORÁRIO:	OBSERVAÇÃO																			
<i>5h00</i>	<i>18:00 h</i>																			
<i>7h00</i>	<i>T: 37,7°C</i>																			
<i>9h00</i>	<i>manter em jejum medu</i>																			
<i>11h00</i>	<i>20.00h P.M.</i>																			
<i>13h00</i>	<i>24h</i>																			
<i>15h00</i>	<i>24h</i>																			
<i>17h00</i>	<i>Alimentação normalizada.</i>																			
<i>19h00</i>	<i>Rotina</i>																			
<i>Controle com original</i>		Profa. Eduardo de C. Gomes 05.370.016																		

As sextas Paciente submetida a cirurgia
 geral + embudo de perno-
 equendo. Sem intercorrências!
 encaminhado para o tratamento
 manter observação de PA +

SPO2 p/ 12hs.
 em 4/4 horas.

Altair da Cruz
 Patrimônio
 COREN-RR 385.842

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
 GOVERNADOR EDMUNDO SENA PINHO
 B: 174 - Km 468
 CEP: 69.370-970
 PIRANÓPOLIS

14:00 Paciente submetida hipotensão foi confiante com o usuário clínico,
 de plantão de 2ª hora pois a paciente pediu que eu entrasse e eu...
 de Carlos orth. pois ele tem o usuário responsável pela
 com isso não foi possível a transferência. Segue em acompanhamento
 de acordo com o plano, realizando compressas de gelo.

15:00 T: 37,8°C. Paciente submetida a cirurgia de trans-
 ferência para o bloco de cirurgia geral. Segue em acompanhamento
 de 18:00 Paciente submetida a cirurgia de trans-ferência para o bloco de
 cirurgia geral. Segue em acompanhamento de 18:00 Paciente submetida a
 cirurgia de trans-ferência para o bloco de cirurgia geral. Segue em acompanhamento

hora	T	P	R	PA
13	37,8°C	22	78	120x80
18	37,8°C	20	96	140x80

28/05/2022
 H: 22:20
 T: 37,4°C
 P: 112
 R: 24

OGND
 PA: 130x70
 FC: 109
 T: 36,4°C

Dr. Edson de
 Oliveira
 CRM-RR 380

05.370.017 1-00
 HOSPITAL
 GOVERNADOR
 B. 1-4 - Km 468
 Cx. 09.370-970
 RORAIMA, BRASIL

Conteúdo
 com original

13:50h - diurese 1.200ml de diurese.
 18:50h - diurese 1.000 ml de diurese.

12:00 15:00h
 PA: 130x80 / 140x70 mmHg.
 FC: 98 bpm.
 2:20 25%
 18:00h
 PA: 120x80
 FC: 82
 R: 20
 24:00h
 PA: 146x74 mmHg
 FC: 99 bpm
 R: 22
 06:00h
 PA: 140x70 mmHg
 FC: 99 bpm
 R: 37,6%

Contare
com origina

FAST: Negative. At times at other points
Col/Jan conducted de Cimeter Card.

(*) M.S.T. unidigado "oponente" F_a. Locales de peme ($\frac{2}{3}$ proximal) e F_a de tórax/garrote
e grande quantidade de poças negras, e densas
colônias de agnato distal de peme.
FAST: Negativo F_a + (-)

Can aa, dot: 100%, ap: wvf, or fa. ② fa: 130xps
months! Fe: 986pm. Pallas chain. ③ ECG: 1.5. (F1) 3

Tode, tragische falls Baumbeis.

(A) Was, a Cole, sein der Central. (B) Supremacy

Dr. L. M. R. 159 / 159 -

Chimney Road - 23:40 - 22/05/20

Dr. Juan C. Córdova A.
Médico C.R. 1928
27 MAYO 2020

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
CO/BRASIL 75000-3000 PIAUÍ
E-174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS
RR

2) Honda new OK
 3) JCB H.C. OK
 4) JCB H.C. OK
 5) JCB H.C. OK
 6) JCB H.C. OK
 7) JCB H.C. OK
 8) JCB H.C. OK
 9) JCB H.C. OK
 10) JCB H.C. OK

Dr. Luis Fernando Jirges
Cirurgia Geral
RQE 759 / CRM-PR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 09, 07, 20 O.S. _____

Ernildo S. Magalhães

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fract. exposta de Rádio e Ulna
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____
TIPO DE INTERVENÇÃO: Osteossíntese de Fr. Rádio e Ulna
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Jonathas 1º AUXILIAR: Gustavo
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: José Nêto ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Pele em DRA sob Anestesia
- ② Antissepsia + Anestesia
- ③ Incisão via tipo Thompson + Dissecção p/ planos
- ④ Redução do foco fraturário, observado talve 35seg
contra
- ⑤ Fixação el placa DCP 68 furos + parafusos
- ⑥ Inversão sobre a ulna + Ressecção de osso desvita-
lado
- ⑦ Redução do foco de fratura

FE m. arthman

Contere
com origina

05.370.016/0000000
HOSPITAL REGIONAL SUL

21.07.2020
CEP. 69.370-970



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

P.A. 14071
982.99%
p. 105

NOME DO PACIENTE		APTº OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Euzenilda da Silva Magalhães				09/06/2020
CIRURGIA				
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO	
Osteossíntese de návis chuma			INÍCIO	FIM
			9:29	11:19
TEMPO TOTAL				
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO		ANESTESISTA		
DR. Jhonata Coelho		DR. José Ferreira		
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		
DR. Gustavo Furtado				
2º AUXILIAR		CIRCULANTE		
		Téc. Adriana / Silvana		
TIPO DE ANESTESIA				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	MEDICAMENTOS
	CATGUT SIMPLES N°			HORAS DE OXIGÊNIO
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO 1%cc 500 ml
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCO SORO
	CATGUT N°			FRASCO SORO GLICOSADO 1%cc
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSA 1%cc
	CATGUT CROMADO N°			XILOCAINA 1%cc
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			FLAXEDIL
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			FLUOTHANE
	FIOS DE SEDA N°			PENTRANE
	FIOS DE ALGODÃO N°			ENTRANE
	MONONYLON COM AGULHA			ÉTER
	MONONYLON SEM AGULHA			ATROPINA
	UNIDADES DE GAZE			Procainolupiracaina 1 amp.
	PARES DE LUVAS N°			PROSTGME
	EQUIPOS PARA SORO			TRONEMBUTA
	ROLOS DE ESPARADRAPO			Midazolam 2ml
	DRENOS N°			Ketamin 2ml
	SONDAS N°			Fentanil 2ml
	AGULHAS			Água Oxigenada
	COMPRESSAS			Dexametasona
	LÂMINAS PARA BISTURI N° 20			MERTHIOLE
				MERCÚRIO CROMO
				Fixador externo.
SOMA			SOMA	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR(A)		ENFERMEIRA CHEFE		VALOR
FUNO ONARIO / CALCULOS		FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE		SUB-TOTAL
		FEITO O LANÇAMENTO		

05370.016.0001-02
HOSPITAL REGIONAL SUL
RORAIMA
10/06/2020

Contere
om origina



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Potência das Américas"

FICHA DE ANESTESIA

EXAMINADO DA SILVA Nogueira

* PLE

09/07/2020

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO	
- Fenciclidina 100 mg (10) - Atropina 5 mg (10)	
AGENTES	N 20 02
LÍQUIDOS VENCIDOS	F1 F2 F3 500 500 500
DA	340
X	320
ULSO	300
B	280
ANES	260
X	240
OP	220
O	200
TEMP	180
ASPIR	160
A	140
RESP	120
O	100
	80
	60
	40
	20
BRON	
ANES	
CONT	
SÍMBOLOS	X O
AGENTES	A - Propofol 2% 100 ml B - Propofol 2% 100 ml C - Propofol 2% 100 ml D - Propofol 2% 100 ml
DOSES	100 ml 100 ml 100 ml 100 ml
TECNICA	Bloqueio do plexo Bloqueio do plexo Bloqueio do plexo Bloqueio do plexo
ANOTACOES	X - Check int: monitorizarei, sempre antes, depois, antes e depois 1 - 200 mg em 10/10/10 2 - resumo e antispasmo 3 - bloqueio plexo braquial 4 - posicionamento de paciente
GLICOSE	100 mg
NOCC	100 mg
BANQUE	100 mg
SP Q6%	100 mg
TOTAL	100 mg
OPERACAO	Osteossintese de fratura braço (E)
ANESTESIA	200 mg
DOSSO	200 mg
CHURGIA	200 mg
PERDA SINGULA	200 mg

Dr. José Ferreira
Médico
CRM/RR 1897

Confere
com original

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
RUA 14 - N° 1400
CEP: 69.370-510
RR



PRESCRIÇÃO DIÁRIA

FOR:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:
------	---------	--------	--------------

ME DO PACIENTE:

Camilo S. de Magalhães

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

[illegible]

Confere
com original

05.370.016'0001-00

HOSPITAL REGIONAL SUL

B 174-174-3

CEP: 09.376.500

ROBAINO, G. L. S.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

Conference on Origin

NOME: Guarandolô Silva Menezes

Idade: ANOS

DATA: 09/10/20
Prontuário: 02
Enfermeira:

SEXO: () FEM. () MASC.

EXAME FÍSICO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

1. ALTERAÇÃO NO PROCESSO DO Pensamento RELACIONADA A:

() ALTERAÇÕES BIOLÓGICAS () TRAUMA EMOCIONAL

() JANSIEDADE () DEPRESSÃO () TCE

2. MEMÓRIA PREJUDICADA RELACIONADA A:

() DOR AGUDA CEBRAL DOAGNOSTICADA () LESÃO SNC () TCE

() EFEITOS DE MEDICAÇÃO () DEPRESSÃO () DIFICULDADE DE CONCEITUAÇÃO

3. CONFUSÃO AGUDA RELACIONADA A:

() HIPOTERMIA E OU PERTURBAÇÃO NO METABOLISMO CEBRAL () TCE

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

1. DOR RELACIONADA A:

() PRESSÃO EXCESSIVA SOBRE OMBRO OU PARTE DO CORPO () INJEÇÕES

() TEMPERATURAS MUITO ELEVADAS OU MUITO BAIXA () QUEIMAS

2. CONFUSÃO AGUDA RELACIONADA A:

() INTOXICAÇÃO INTETINAL () POS-ANESTESIA () DOR AGUDA E INTENSA

() IRRITAÇÃO DO SISTEMA GASTROINTESTINAL POR MEDICAMENTOS () UREMIA

() HIPOGLICEMIA () HIPONATREMIA () HIPO E HIPERCALÊMIA

() HIPERTENSÃO INTACTABIANA () INFEÇÃO INTETINAL

OXIGENAÇÃO

1. PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ RELACIONADA A:

() ATIVIDADE NEUROMUSCULAR PREJUDICADA () DOR () JANSIEDADE

() FADIGA E ENERGIA DIMINUIDA () DANO MUSCULOSQUELÉTICO

REGULAÇÃO VASCULAR

1. DEBITO CARDÍACO DIMINUÍDO RELACIONADO A:

() HIPOVOLEMIA () ARRITMIAS CARDÍACAS () FALÊNCIA DA BOMBA CARDÍACA

() CHOQUE SÉPTICO () CHOQUE ANILÁTICO

2. RISCO PARA DIMINUIÇÃO DE DEBITO CARDÍACO RELACIONADO A:

() ARRITMIAS () EFEITOS DE MEDICAMENTOS (HIPOTENSORES E DIURÉTICOS)

() TRAUMATISMO

3. RISCO PARA DISTURBO NEUROMUSCULAR PERIFÉRICA/TORRES DE RISCO

() TRAUMATISMO COM OU SEM FRACTURAS () IMOBILIZAÇÕES

() CIRURGIAS VASCULARES OU ORTÓPÉDICAS () COMPRESSÕES () DIABETES

REGULAÇÃO TÉRMICA

1. RISCO PARA ALTERAÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL/FACTORES DE RISCO

() EXTREMO DE IDADE () EXTREMO DE PISO () DESIDRATAÇÃO

() EXPOSIÇÃO A AMBIENTE FRIO OU QUENTE

() IMOBILIZAÇÃO CAUSADORA DE VASCOS TRILÓCO/VASODILATAÇÃO

() VAS METABÓLICAS ALTERADAS () INATIVIDADE OU ATIVIDADE "TENSA

() AUMAS QUE AFETAM A REGULAÇÃO DA TEMPERATURA () EÇÃO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

1. VERIFICAR E REGISTRAR SSV / HS

2. OBSERVAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

3. MANTER FÉRVOS E IDENTIFICADO OS ACESSOS VASCIA

4. CUIDADOS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

5. MANTER PERVA VAS

6. ASPIRAR TOT/TUT/VAS QUANDO NECESSÁRIO

7. OBSERVAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES:

(DIARIAS/SONDAS/ORENOS/OUTROS)

8-FAZER CONTROLE DE DIURESE DIÁRIA

9-VERIFICAR E REGISTRAR PRESENÇA DE EDEMA

10-ELEVAR DE CUBITO ANTES E DURANTE A ADM. DE DIETA

11-REGISTRAR ACITAÇÃO DA DIETA

12-REALIZAR MUDANÇA DE CUBITO A CADA 2 HORAS

13-ESTIMULAR O AUTO CUIDADO

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DURNO: pac. com nível altera

prado por nível alterado de

prado e dor em nível

prado e dor em nível

prado e dor em nível

prado e dor em nível

prado e dor em nível

prado e dor em nível

prado e dor em nível

prado e dor em nível

prado e dor em nível

prado e dor em nível

prado e dor em nível

prado e dor em nível

prado e dor em nível

prado e dor em nível

prado e dor em nível

prado e dor em nível

prado e dor em nível

prado e dor em nível

prado e dor em nível

prado e dor em nível

prado e dor em nível

prado e dor em nível

prado e dor em nível

prado e dor em nível

prado e dor em nível

prado e dor em nível

prado e dor em nível

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo antigo Regulamento Ceclício Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5.452 de 01.05.1964 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta e a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como Trabalhador e Cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONTECIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE APOIO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL ATE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

237.38527.62-8

7501141

0050

RR

EXIBIDO NA SILVA MORGADO





QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

EVANILDO DA SILVA MAGALHAES

FILIAÇÃO: GLORIA BERNARDO DA SILVA
RUMUNDO BARBOSA DE MAGALHAES
NASCIMENTO: 25/05/1995
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: BONFIM - RR
DOCUMENTO: R.G. - 4092309 - 12/01/2010 - SESP - RR

LEI Nº 9.048, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 030.047.392-32

TIT. ELEITOR: 005037982007

LOCAL DE EMISSÃO: AARR - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO: 29/07/2017

CNIL:

SEÇÃO: 0005

ZONA: 008

AGILAO PEREIRA MOTA-MULCANA
Superintendente Regional de Trânsito e Engenharia

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE

DOCUMENTO

PARA

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

03



Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Estado da Segurança Pública
Instituto de Identificação Odílio Cruz
Ficha Civil

Emissão: 15/06/2020
Login: daniel



RG.: 409230-9

1º Via

Etnia:

Emissão: 24/02/2010

Nome do Cidadão: EVANILDO DA SILVA MAGALHÃES

Nome do Pai: RAIMUNDO BARBOSA DE MAGALHÃES

Nome da Mãe: GLORIA BERNARDO DA SILVA

Data de Nascimento: 25/05/1995

Sexo: Masculino

Estado Civil: Solteiro

Nacionalidade: Brasileira

Pais de Nacionalidade: Brasil

Município de Nascimento: Bonfim

Pais de Nascimento:

Grau de Instrução: 1º grau incompleto
Profissão: Estudante, mensageiro, office-boy

Número: 47

Logradouro: RUA: H

Bairro: 13 DE MAIO

Telefone:

Complemento:

CEP:

Município: Bonfim

Obs:

CPF:

PIS/PASEP:

Inscrição:

Outra Identidade:

Orgão:

UF:

No. do Espelho: 554792

Documento: Nascimento

Cartório:

Data: 09/10/1999

Município: Boa Vista

Termo: 108605

Circunscrição:

Livro: A197

Folha: 195

Mun.:

Portaria Min.:

Data:

Mun.:

Documento:

Órgão:

Autorizador:

N.º do Documento:

Orgão:

UF:

Cartório:

Data do Óbito:

Livro:

Folha:

Termo:

DIR.

4

3

3

4

3

3

3

Cúpis:

Parda

Olhos: Preto

Altura: 1,5m

ESQ.

4

2

2

2

2

2

2

Tipo Cabelo:

Liso

Cor Cabelo: Preto

Direita					
	Polegar	Indicador	Médio	Anelar	Mínimo
Esquerda					
	Polegar	Indicador	Médio	Anelar	Mínimo

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Participante da Polícia Civil
Diretor do IIC

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0247951/20

Vítima: EVANILDO DA SILVA MAGALHAES

CPF: 030.047.392-32

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 28/05/2020

Titular do CPF: EVANILDO DA SILVA MAGALHAES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RONALDO DE SOUZA COSTA : 616.535.942-68

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

EVANILDO DA SILVA MAGALHAES : 030.047.392-32

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: 02/09/2020
Nome: RONALDO DE SOUZA COSTA
CPF: 616.535.942-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

RONALDO DE SOUZA COSTA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: EVANILDO DA SILVA MAGALHÃES, brasileiro, solteiro, desempregado, portador cédula de identidade RG: 409230-9 SSP/RR, CPF: 030. 047. 392 – 32, residente e domiciliado na Vicinal 11, Lote: 24, Km: 05, CEP: 69373-000, município de Rorainópolis – RR.

OUTORGADO: RONALDO SOUZA COSTA, brasileiro, união estável, auxiliar administrativo, RG: 164075 SSP/AM, CPF: 612. 535. 942 – 68, residente e domiciliado na Maria Rodrigues dos Santos, Nº 996, bairro Asa Branca, Boa vista – RR.

PODERES: Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertence ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) receber a quantia que o outorgante tenha direito, em nome do mesmo, bem como quitar, requerer, e retirar documentos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para créditos de indenização de sinistro DPVAT, pode viajar, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do outorgante junto à rede bancária.

Rorainópolis – RR, 06 de Agosto de 2020.



Evânildo da Silva Magalhães

EVANILDO DA SILVA MAGALHÃES



CARTÓRIO
DE RORAINÓPOLIS
TABELIÃO

tblrroainopolis@gmail.com 55 95 3238.2068
Rua: Pedro Daniel da Silva, 1825 - Centro
Rorainópolis - RR - CEP: 69373-000

RECONHECIMENTO

Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de: (1) EVANILDO DA SILVA MAGALHÃES – Rorainópolis, 13 de agosto de 2020. SELO TJRR: REC/FIR/18011318CV4UXRQ8S0048 Emolumentos: R\$ 2,56, RECOM: R\$ 0,13, FISCALIZAÇÃO: R\$ 0,13, FUNDEJURR: R\$ 0,26, ISS: R\$ 0,13, Selo: R\$ 1,50
Consulte em <https://licidacao.cartorio.com.br>

ARTUR ANGELIM DE SOUZA JÚNIOR - Escrevente Autorizado

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0247951/20

Vítima: EVANILDO DA SILVA MAGALHAES

CPF: 030.047.392-32

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 28/05/2020

Titular do CPF: EVANILDO DA SILVA MAGALHAES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RONALDO DE SOUZA COSTA : 616.535.942-68

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

EVANILDO DA SILVA MAGALHAES : 030.047.392-32

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: 02/09/2020
Nome: RONALDO DE SOUZA COSTA
CPF: 616.535.942-68

RONALDO DE SOUZA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO