

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

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200310338

Vítima: RALDENIR SILVA NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RONALDO DE SOUZA COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RALDENIR SILVA NASCIMENTO

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



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

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200310338**

Vítima: RALDENIR SILVA NASCIMENTO

Data do Acidente: 16/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RONALDO DE SOUZA COSTA

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), RALDENIR SILVA NASCIMENTO

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

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

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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:

3 - CPF da vítima:

833 948 182-72

4 - Nome completo da vítima:

WALDENIR S. SILVA NASCIMENTO

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

5 - Nome completo:

WALDENIR S. SILVA NASCIMENTO

6 - CPF:

833 948 182-72

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

VICINAL 29, KM 09, LOTE

9 - Número:

29

10 - Complemento:

SIT-D

11 - Bairro:

S.T.O TRÊS, EUNÁPOLIS

12 - Cidade:

EUNÁPOLIS

13 - Estado:

BA

14 - CEP:

42800-000

15 - E-mail:

consuldo.cesta20106.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

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:

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4253

063

CONTA: 00035887

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 discordé 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 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (varascer): Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Boa Vista/RR 18 de Agosto de 2020

Waldenir Silva Nascentes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE PÓLICIA DE RORAINÓPOLIS - RORAINÓPOLIS - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013641/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/04/2020 09:50 Data/Hora Fim: 16/04/2020 10:38
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP 4423/2020 - BO 390/2020 Data: 16/04/2020
Delegado de Polícia: Fernando Alves da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia de Rorainópolis
Data/Hora do Fato: 16/04/2020 07:45

Local do Fato

Município: Rorainópolis (RR)
Bairro: Centro
Logradouro: Vicinal 14 KM 06

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1727: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - ABALROAMENTO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RALDENIR SILVA NASCIMENTO (ENVOLVIDO (AUSENTE))	Idade: 37 anos
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino
Estado Civil: Sem Informação	

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 833.948.182-79

Endereço

Município: Rorainópolis - RR
Logradouro: Vicinal 29 KM 07
Complemento: Área rural
Bairro: Centro

Razão Social: PÓLICIA MILITAR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Rorainópolis - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Apresentação de ROP/PM nº 4423/2020, noticiando a ocorrência de acidente de trânsito, onde, segundo relatório policial, o envolvido conduzia sua motocicleta e teria amarrado uma corda na garupa e a corda



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE RORAINÓPOLIS - RORAINÓPOLIS - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013641/2020

desatou e enrolou no pneu traseiro ocasionando a queda do condutor.

ASSINATURAS

Evandro Amâncio Pereira

Agente de Polícia

Matrícula 042000509

Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de que sou (não) envolvida (responsável) pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei integral e verdadeiramente nos Artigos 238 (Denúncia) e 340 (Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro)."



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

ROP nº 4423	Data 16/04/2020	Tipo OUTROS	Und Op 1º/2º Pel/3º CIPMFront	DP
H/Trans 07:45:00	H/Ini 07:45:00	H/Cheg 08:15:00	H/Fim 08:15:00	VTR
KM Inicial 18415	KM Fim 18469	Cod Prov. - 13999		Cod Ser Pres
Cód Oc. - 1001		Local da Ocorrência - RUA VICINAL 14 KM 06 (ZONA RURAL) N° BAIRRO CENTRAL		
2 ULTIMAS CONDUÇÕES: (ID 4423 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: ENVOLVIDO) - TOTAL DE CONDUÇÕES: 1				

SENHOR DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL EM RORAINOPOLIS NO DIA E HORÁRIO ACIMA FOMOS INFORMADOS VIA FONE DE CELULAR QUE TERIA ACONTECIDO UM ACIDENTE DE TRANSITO. FOMOS ATÉ O LOCAL E CONSTAMOS A FALTA DE ALTERAÇÃO DE COR VERMELHA DE PLACA NAS 0721 E TERIA AMARRADO UMA CORDA NA CAMPANHA E A CORDA DESLOVADA ENROLOU NO PNEU TRASEIRO E A MOTO DERRAPOU E O MESMO VEIO A CAIR CAUSANDO FERIMENTOS EXPLOSOS NA TIBIA E FIBULA DA Perna DIREITA E UM CORTE NA CABEÇA. INFORMOU TAMBÉM QUE O FATO ACONTEceu NO DIA 15/04/2020. FOI SOCORRIDO PELO RESGATE DO CORPO DE BOMBEIROS ATÉ O HOSPITAL DE RORAINOPOLIS. FICAMOS A DISPOSIÇÃO PARA ENTREGA DE RELATÓRIO A ESTA ESPÉCIE DE CONHECIMENTO.

2º SGT GABRIEL SILVA DE ARAUJO
CADASTRO 47000511

LOCAL
RORAINOPOLIS RR 16/04/2020

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

En. Policial H. F. C. C. V. T.
NOME DO POLICIAL

ASSINATURA

DR. F.

RORAINOPOLIS/RR 16/04/2020

IMPRESSO EM 4 PÁGINAS - 04/04/2020

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:

3 - CPF da vítima:

833 948 182-72

4 - Nome completo da vítima:

WALDENIR S. SILVA NASCIMENTO

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

5 - Nome completo:

WALDENIR S. SILVA NASCIMENTO

6 - CPF:

833 948 182-72

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

VICINAL 29, KM 09, LOTE

9 - Número:

29

10 - Complemento:

SIT-D

11 - Bairro:

S.T.O TRÊS, EUNÁPOLIS

12 - Cidade:

EUNÁPOLIS

13 - Estado:

BAHIA

14 - CEP:

45300-000

15 - E-mail:

consuldo,conta20106.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

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:

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4253

063

CONTA: 00035887

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 discordar 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 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (varascer): Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Boa Vista/RR 18 de Agosto de 2020

Waldenir Silva Nascentes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

 ESTADO DE RORAIMA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR COMANDO OPERACIONAL RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR		 Nº DE AVISO: 322 2 20 Nº DE VITIMAS: 01 OCORRÊNCIA: T-17 DATA: 16/10/2020	
OBM DE ATUAÇÃO <input type="checkbox"/> 1º BPABM <input type="checkbox"/> 1º PEL <input type="checkbox"/> 2º PEL <input type="checkbox"/> 2º BPABM <input type="checkbox"/> 1º CIA <input type="checkbox"/> 2º CIA <input type="checkbox"/> 3º CIA		ÁREA DE ATUAÇÃO <input type="checkbox"/> Leste <input type="checkbox"/> Oeste <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Sul <input type="checkbox"/> Rural	
H/SAÍDA	H/NO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL	VTR KMI KMF
07:38	07:50	07:59	RUA 0215 105.723 108.776 NO DESTINO H/NA OBM OU B-01
1. DADOS DA OCORRÊNCIA CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADO: ENDEREÇO: VICINAL 14 KM 6 N.º BAIRRO: ZONA RURAL CIDADE: _____ PONTO DE REFERÊNCIA: _____			

LOCAL DA OCORRÊNCIA: <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> TRABALHO <input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> OUTRO		RG: 168 331 320 013 MA
2. DADOS DO PACIENTE/VITIMA NOME: RALDENIR SILVA NASCIMENTO N.º BAIRRO: ZONA RURAL D.N.C.: _____ IDADE: _____ SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino NACIONALIDADE: <input checked="" type="checkbox"/> Brasileiro <input type="checkbox"/> Estrangeiro		NECESSIDADES ESPECIAIS: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
ENDEREÇO: VICINAL 29 KM 7 LOTE 24 N.º BAIRRO: ZONA RURAL CIDADE: RORAIMA POLIS NACIONALIDADE: <input checked="" type="checkbox"/> Brasileiro <input type="checkbox"/> Estrangeiro		TEL: _____
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Deseja informar sua orientação sexual? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual? <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> homossexual <input type="checkbox"/> Outro: _____		Deseja informar identidade de gênero? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual? <input type="checkbox"/> Homem transexual <input type="checkbox"/> Mulher transexual <input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> Outro.

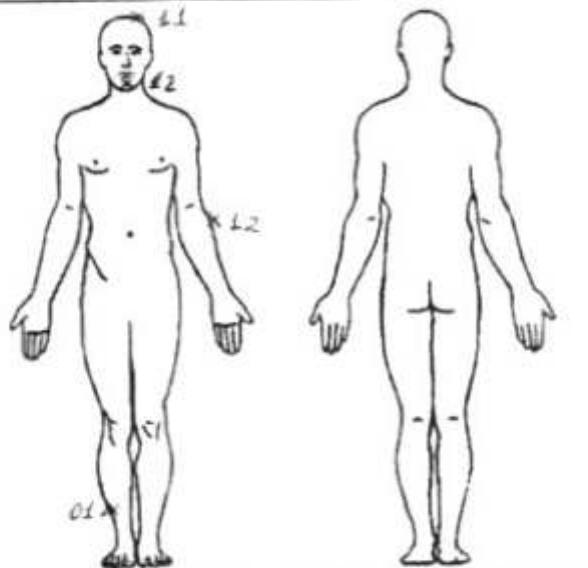
3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica. <input type="checkbox"/> O paciente/vítima recusou assinar o termo de recusa de atendimento.		RG N.º _____ SSP/ _____
Assinatura do paciente/vítima: _____		RG N.º _____ SSP/ _____
Testemunha: _____		RG N.º _____ SSP/ _____
Testemunha: _____		RG N.º _____ SSP/ _____

4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ACIMA DE 5 ANOS)		Resposta motora	Total
Abertura ocular	Resposta verbal	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos commandos verbais <input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. Reage a dor <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. A dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado <input type="checkbox"/> 4. Confuso <input type="checkbox"/> 3. Palavras Inapropriadas <input type="checkbox"/> 2. Sons incomp./Gemidos <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<u>15</u> Pontos	

5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ABAIXO DE 5 ANOS)		Resposta motora	Total
Abertura ocular	Resposta verbal	<input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros <input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. Sente dor, mas não retira <input type="checkbox"/> 3. Flexão a dor (decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	
<input type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. A dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 5. Palavras/sorriso/olhar acompanha <input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado <input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente <input type="checkbox"/> 2. Agitação <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<u>_____</u> Pontos	

6. SINAIS VITais PA: 130/90 FR: 60 FC: 62 SpO2: 92 Temperatura: 36.5	
7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA Alergia: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAL (is): USO DE MEDICAMENTOS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAL (is): APARENTEMENTE ALCOOLIZADO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA <input type="checkbox"/> Óbito evidente <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada	

ESTADO DE RORAIMA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
COMANDO OPERACIONAL
1º PEL 2º CIA/ BPABM - RORAIMA POLIS
DOCUMENTO CONFERE COM O ORIGINAL
2º TEN QCO Bm RORAIMA
 Em: **15/06/2020**
 Ass: **19h50 Min**

9. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS:

- Legenda:
- 01- Fratura
 - 02- Luxação
 - 03- Entorse
 - 04- Ferimento incisivo
 - 05- Ferimento Lacerante
 - 06- Ferimento Corto-contuso
 - 07- Ferimento perfurante
 - 08- Ferimento penetrante
 - 09- Amputação
 - 10- Avulsão
 - 11- Contusão
 - 12- Escoriações
 - 13- Queimaduras

10. HISTÓRIO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO ENCONTRADA EM DELÍRIO DORSAL RECLAMANDO DE DORES NOS MEMBROS INFERIORES COM FRACTURA EXPOSTA DA TIBIA E FIBULA E Corte CONTUSO NA REGIÃO PASTERIOR DA CABECA.
FEITO A ANÁLISE, A VITIMA FUI IMobilIZADA E TRANSPORTADA PARA A UNIDADE DE SAÚDE E ENTREGUE COM VIDA.

11. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL

- | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Carteira de identidade | <input type="checkbox"/> Cartão magnético _____ Und | <input type="checkbox"/> Capacete | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> CNH | <input type="checkbox"/> Cheque _____ Fls | <input type="checkbox"/> Calçado | _____ |
| <input type="checkbox"/> CPF | <input type="checkbox"/> Dinheiro R\$ _____ | <input type="checkbox"/> Óculos | _____ |
| <input type="checkbox"/> Título de eleitor | <input type="checkbox"/> Jóias | <input type="checkbox"/> Relógio | _____ |
- Aos cuidados de: _____ RG: _____ Telefone: _____

12. UNIDADE DE SAÚDE

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> P.S Francisco Elesbão | <input type="checkbox"/> Hosp. da Criança Santo Antônio | <input type="checkbox"/> Hosp. das Clínicas |
| <input type="checkbox"/> P.A Airton Rocha | <input type="checkbox"/> Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pronto atendimento Cosme e Silva | <input type="checkbox"/> Hosp. Unimed | _____ |

13. ESTADO DA VITIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

- Crítico Estável Instável

14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe:	Socorrista(s):	Condutor da VTR	Resp. pelo preenchimento
3º SGT BRITIS	SD RAPOSA	SD AELHUISEN	SD RAPOSA

15. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VITIMA NA UNIDADE DE SAÚDE

Assinatura:	Carimbo:
Documento de identidade:	
Registro de conselho (CRM, COREN):	

STEVE ROSARIO DA SILVA - 2º TEN COO BM
COMANDANTE DO 1º PELO DA 2ª CIA/2º BPM
Matrícula 47500262

MAIO/2020

11/06/2020

1264

998,65

ROSIANE MARIA OLIVEIRA GOMES
R. MARIA RODRIGUES SANTOS 996 - ASA BRANCA
CEP: 69.312-285 - BOA VISTA

CPF: 00057064261280

DADOS DA LEITURA DA UC	
Atual:	2918
Anterior:	1654
Dias de somatório:	31
Conteúdo de Multiplicador:	1.000
Consumo medida:	1264
Consumo Faturado:	1264

DADOS DA LEITURA	
Atual:	26/05/2020
Anterior:	25/04/2020
Próxima leitura:	24/06/2020
Entrevista:	22/05/2020
Apresentação:	26/05/2020

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Resposta/Subgrupo:	1.1.1.1
Classificação/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligaç.:	TRIP
Número Medidor:	121790308
Forma de Faturamento:	NORMAL
Mobilidade:	CONVEN

CONSUMO
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 04/20-00
MULTA POR ATRASO DE I 04/20-00
JUROS DE MORA POR ATR 04/20-00
MULTA POR ATRASO 04/20-00
JUROS DE MORA DE IMPO 04/20-00
ILUMINAÇÃO PÚBLICA

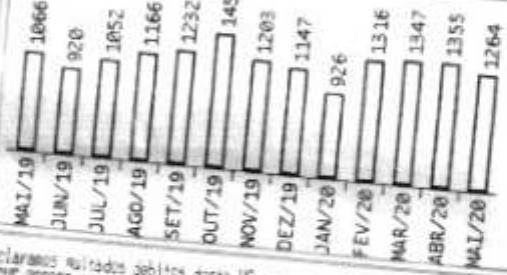
1264 A R\$ 0,753650 =
952,61
0,82
0,69
0,01
20,71
0,69
23,12

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 1264 - R\$ 0,753650

Média 12 meses: 11.82

HISTÓRICO DE MEDIDAÇÕES



Declaro que não tenho débitos desta UC no ano de 2019 (Lei 12807/09).
LIGUE 08007019129 E FAÇA SEU VENCIMENTO I 6 11 16 21 26
Parágrafo Até o dia 22/05/2020, não constatamos faturas vencidas
nesta Unidade Consumidora.

MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO

COMPRAÇÃO DA CONTAS DE: 0445, 4716, 5155, 5278, 7681, 7622, 8322, 8245
IMPORTE TOTAL DA CONTA: R\$ 998,65

Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ICMS:	PIB:	Comissão:	161,34
522,45	23,55	952,61	17,02	2,17%	1,56	
220,60	171,74			8,05%	8,12	
6,98						

TIPO:	DESCRITIVO:	VALOR:	VALOR:	VALOR:	VALOR:	VALOR:
9,24	18,49	36,93	8,46	16,92	33,84	4,99
0,55			2,00			8,07
0,55						

ROU: 5.001.12.07.733480

Período de referência: 03/2020

R\$ 998,65

83630000009 5 98650075000 5 00000000023 2 60120520008 7

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

83630000009 5 98650075000 5 00000000023 2 60120520008 7

Nº da Nota Fiscal 5265486 FCAN*

SEQ.: 0258 UC: 0023601-2 DT.LEIT.: 26/05/2020 T. ENTR.: P

LEITURA: 2918 NORMAL TOTAL: 998,65 CARGA: P

DT.VENC.: 11/06/2020 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu RONALDO DE SOUZA COSTA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 6165.35942-168 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

EDENIL R. S. V. NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 833.948.182-42

do sinistro de DPVAT cobertura PER 11/12/02 da Vítima EDENIL R. S. V. NASCIMENTO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 833.948.182-172 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>MARIA RODRIGUES DOS SANTOS</u>	Número:	<u>996</u>	Complemento:	<u>ESCP. 10º P</u>
Bairro:	<u>ASA GRANDE</u>	Cidade:	<u>BOA VISTA</u>	Estado:	<u>CEP: 69.352-260</u>
E-mail:	<u>ronaldo.istazinha66@bol.com.br</u>				Tel.(DDD):

Local e Data: Boa Vista/RR 18 de agosto de 2020

Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
BR 174 - KM 461 - BAIRRO JARDIM TROPICAL
CNPJ: 05.370.016/0001-00

12/06/2020

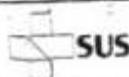
MANHA 07-13 7

FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MÉDICA					
2000184823	16/04/2020 08:48:40	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF
Paciente	RALDENIR SILVA NASCIMENTO	27/12/1983	36 A 3 M 20 D	898003423736846	83394818272
Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Nacionalidade
IDENTIDADE	168831320013 MA	16/04/2001	M	SOLTEIRO(A)PARDA	BRASILEIRA
Mãe	MARIA DA SILVA NASCIMENTO			Pai	
Endereço	ALDEMIR RODRIGUES DO NASCIMENTO(95) 99171-2151				
RUA - VICINAL 29 KM 07 L 29 - SN - CENTRO - RORAINOPOLIS - RR				CEP:	69.373-970
				Ocupação	AUTÔNOMO
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				120/00
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA				
Selar	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			
	DEMANDA ESPONTÂNEA				
<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
Queixa Principal	alergia / tive acidente de tróxite (corte)				
Anamnese de Enfermagem	febre de origem tóxica febre de origem tóxica				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA)	tive acidente de tróxite (corte)				
Exame Físico	febre de origem tóxica				
Hipótese Diagnóstica	febre de origem tóxica				
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA
PREScrição	05.370.016/01-00 HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO APRAZAMENTO BI. 174 - KM 461 CEP: 69.370-970 RORAINOPOLIS - RR Confere em origina				
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:				
óbito	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saida/Alta:				
Antes do 1º Atendimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Destino:	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica
Assinatura do Paciente ou Responsável					
Carimbo e Assinatura do Médico					

Impresso por: marcia.barbosa
Data Hora: 16/04/2020 08:50:03



Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF: 208 713 072-00
H.R.E.G.O.S.P.



Sistema Único de Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO

2 - CNES
7470371

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO

4 - CNES
7470371

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
Ronaldo Silveira

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 9 8 0 0 3 4 2 3 7 3 6 8 4 6

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO
Mas 1

10 - RACACOR
03

11 - NOME DA MÃE

MARIA DA SILVA NASCIMENTO

12 - FONE DE CONTATO
000

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - FONE DE CONTATO
000

15 - ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO)

Av 29 - Km 07 - CEP

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

RR 69373970

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

RORAINÓPOLIS

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CÍNICOS

Feb. exp. pernoite.

*Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF 508 713 072-00
M.R.G.D.S.P*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 ASSOCIADAS

RORAINÓPOLIS

*Conterem
em evitá-la*

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

28 - CLÍNICA

29 - DATA DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - DOCUMENTO (CNS/CPF)

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF CRM 1236

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

16/04/2020

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

CIRO HERNANDEZ COLLAZO - CRM: 473

RORAIMA - RR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (X) CPF 5 1 1 6 8 6 2 6 2 - 3 4 X X X

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

*Dr. Ciro Hernandez Collazo
Médico Autorizado
CRM 473/RR*



044

ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL REGIONAL SUL	Especialidade: ORTOPEDIA	Procedimento Realizado: Dr. Cia. Frat. Fabio "D"		
Nome do Paciente: Ealdemir Silva Nascimento		Nº do Prontuário	Data 16/10/2020	
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala:	Circulante de Sala:
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: <i>Caixa de Grandes Fragmentos</i>				

Dados dos materiais

Hospital Regional Sul Gov. Ottomar de Sousa Pinto	Dados Adicionais:	UNID.	QUANT.	MARCA
01 Placa DCP longa 10 furos		VNA	01	Autonítes
02 Paraf. cortical 4,5 x 24 mm		VND	01	"
03 Paraf. cortical 4,5 x 26 mm		VNA	03	"
04 Paraf. cortical 4,5 x 28 mm		VNA	02	"
05 Paraf. cortical 4,5 x 32 mm		VNA	02	"
06 Paraf. cortical 4,5 x 36 mm		VNA	01	"
07 Paraf. cortical 4,5 x 38 mm (bimórfico)		VNA	01	"

MÉDICO CIRURGÃO: Dr. Gustavo Furtado1º AUXILIAR: Dr. Paulo

05.370.016/0001-00

INSTRUMENTADOR: Camila Moraes

HOSPITAL REGIONAL SUL

GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO

Br. 174 - Km 468

CEP: 69.370-970

RORAINÓPOLIS

1º VIA - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º VIA - OPME/HRSGOSP

OBS: A CAUTELA CIRÚRGICA DEVERÁ SER PREENCHIDA COM LETRAS LEGÍVEIS SEM RASURAS, E ANEXOS DA CÓPIA DO BOLETIM OPERATÓRIO, E RAIO - X

Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF 508 713 072-00
HRSGOSP



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

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:	QUARTO:	LEITO:	Nº REGISTRO:
NOME DO PACIENTE: <i>Adelcena S. Corrêa</i>		19.	
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:		05.370.018/0001-00 HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTONAR DE SOUZA PINTO Br. 174 - Km. 4,43 CEP: 69.370-970 <i>Brumadinho</i> - <i>MG</i>	
DATA HORA:	PREScriÇÃO:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO:	OBSERVAÇÃO:
16/04/2010	1) D. Dr. Diretor 2) D. Dr. Diretora de Enfermagem 3) D. Dr. Diretora de Administração 4) D. Dr. Diretora de Infraestrutura 5) D. Dr. Diretora de Serviços 6) D. Dr. Diretora de Recursos Humanos 7) D. Dr. Diretora de Controle	12:15 12:15	1) 100% 2) 100% 3) 100% 4) 100% 5) 100% 6) 100% 7) 100%
			<i>Elson Alves da Silva Diretor Geral CPF 508 713 072-00 H.R.S.G.O.S.P.</i>
			<i>Não observado</i> <i>Agente no C. 80</i>



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 16/04/2020 O.S. _____

Ralcen.r. Silv.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

fract supra oleo
perme. D

CIRURGIAO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

05.370.016/0001-00

HOSPITAL REGIONAL SUL

RELATÓRIO CIRURGICO GOVERNADOR OTONI DE SOUSA PINTO

Br. 174 - Km 468

CEP: 69.370-970

RORAINÓPOLIS

Confere
am originais

- 1º Procto D.H.S.e.s.
- 2º suspe/ht.sup/ capa op.
- 3º Encontra-se: procto supra oleo
da perme. D com secrec de pasta mole.
- 4º Limpeza exant. 150,91, dor + clm.
controle de glanos.
- 5º Recup. chanc. + colagen ce, placa DCP
+ forja + t.lio 105 + Pepe
6º d.o. 100% grau + t.lio

NOME DO PACIENTE		APT* OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA		
Raldemir Selva nascimento				16/04/20		
CIRURGIA						
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO				
		INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL		
		10:20	12:00			
EQUIPE MÉDICA						
CIRURGIÃO	Dr. Quintino	ANESTESISTA	Dr. Antônio			
1º AUXILIAR	Dr. Paulo	INSTRUMENTADOR				
2º AUXILIAR		CIRCULANTE	Dr. + Silvana			
TIPO DE ANESTESIA						
TEMPO DE DURAÇÃO						
QUANT	MATERIAIS	VALOR	QUANTID	MEDICAMENTOS		VALOR
03	CATGUT SIMPLES N°			HORAS DE OXIGÉNIO		
	CATGUT SIMPLES N°		08	FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc		500 ml
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCO SORO		
	CATGUT N°	05.370.016/0001-00		FRASCO SORO GLICOSADO %cc		
	CATGUT CROMADO N°	HOSPITAL REGIONAL SUL		FRASCO SORO GLICOSA %cc		
	CATGUT CROMADO N°	GOVERNADOR OTONIAR DE SOUSA PINTO		XILOCAÍNA %cc		
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO	Br. 174 - Km 468		FLAXEDIL		
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO	CEP: 69.370-970		FLUOTHANE		
	FIOS DE SEDA N°	RORAINÓPOIS	pp	PENTRANE		
	FIOS DE ALGODÃO N°			ENTRANE		
10	MONONYLON COM AGULHA 5-0			ÉTER - midazolam an.		
06	MONONYLON SEM AGULHA			ATROPINA		
	UNIDADES DE GAZE p/te		01	PROSTOMINE Cetrizina		
	PÁRES DE LUVAS N° 7.1/8.0		02	THIONEMBUTA		
	EQUIPOS PARA SORO		01	MARCAÍNA + glicose 5%		
	ROLOS DE ESPARADRAPO		01	INOVAL		
	DRENOS N°		01	Glicose % Sufinona an.		
	SONDAS N°		01	ÁGUA OXIGENADA		
01	AGULHAS P/ RENO	Elson Alves da Silva Diretor Geral CPF: 508 713 072-00 HRSGOSP	01	MERTHOLATE		
10	COMPRESSAS P/te		01	MERCÚRIO CROMO		
02	LÂMINAS PARA BISTURI 20			Paco DGP de 10 furos.		
03	Sedativo 10.000 03 ml			SOMA		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS						VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE				
		MATERIAL MEDICAMENTOS				
		SUB-TOTAL				
FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS	FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO	TAXA DE SALA				
		TAXA DE ANESTESIA				
		SOMA				



DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE PRONTUÁRIO
3	06	2020	7:38	

DADOS DO ATENDIMENTO											
01	DADOS DO (A) PACIENTE					REGISTRADO POR:					
NOME DO PACIENTE: <i>Raldemir Silva Nascimento</i>					SEXO: M F OUTROS: I						
DATA NASCIMENTO		27	Mês	12	Ano	1983	Idade	36	Documento de Identificação		
Logradouro e N°: <i>Vila 29 Km 7 lote 29</i>											
Bairro:			Município			Estado (UF)			ETNIA		
			<i>2015</i>			<i>RR</i>			<i>Brasileiro</i>		
FILIAÇÃO		PA: <i>Raldemir Rodrigues da Silva</i>								ESTADO CIVIL: <i>Solteiro</i>	
		MÃE: <i>m^o de Silva da Nascimento</i>								PROFISSÃO: <i>agricultor</i>	
02	DO ACIDENTE					DO ACIDENTE					
<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA					<input type="checkbox"/> TRABALHO <input type="checkbox"/> TRÂNSITO						
OUTROS (DESCREVER):											
03	DA ENTRADA NA E.F.I.					GÊNCIA					
<input type="checkbox"/> TRANSPORTADO <input type="checkbox"/> DE AMBULÂNCIA					<input type="checkbox"/> REMOVIDO						
OUTROS (DESCREVER): <i>Centro de Moradia</i>											
04	SE ACIDENTE DE TRABALHO					ESPECIFICAR:					
PROFISSÃO: <i>agricultor</i>					HOSPITAL REGIONAL SUL						
DIA	MÊS	ANO	HORA	SOLAPINTO							
				<i>B. 1.4 Km 468</i>							
05	INFORMAÇÕES DE RESPONSÁVEL					CEP: 69.370-970					
ESPECIALIDADE: <i>RR</i>					IDADE MÉDICA: <i>RORAINÓPOLIS</i>						
RESUMO CLÍNICO:											
<i>C. Ano 00 / paciente procedente levado pelo Dr Carlos Júnior SIC</i>											
EXAME FÍSICO: <i>apresento exames</i> EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO): RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO): DIAGNÓSTICO: PROVÁVEL: <i>DEFINITIVO</i> <i>apresento exames</i> <i>CRPC T. lica</i>											
06	DO (A) PACIENTE					Destino () Família () IML					
REMOCO (A) PARA											
INTERNADO NO (A)											

ÓBITO

Antes do primeiro atendimento? () Sim () Não

Destino () Família () IML

*Conforme
 com orientação*

*Elson Alves da Silva
 Diretor Geral
 CPF 508.713.072-00
 H.R.S.G.O.S.P*



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amor à Pátria, Amor ao Povo"

FICHA DE ANESTESIA

PРЕАНОСАЦИЯ - ДРОГА - ДОЗА - ВРЕМЯ - ЭФФЕКТ

		Nº									
		45	40	35	30	25	20	15	10	5	0
A G R E M E N T O S	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0
	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0
LÍQUIDOS VENOSOS	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0
	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0
PA X	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0
	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0
AVES	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0
	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0
OP G	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0
	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0
TEMP	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0
	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0
ASPIR	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0
	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0
RESP	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0
	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0
E	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0
	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0
Expir	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0
	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0
A	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0
	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0
C	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0
	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0
C	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0
	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0
SÍMBOLOS	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0
	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0
AGENTES	A	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0
	B	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0
C	D	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0
	E	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0
G	F	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0
	G	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0
GLICOSE	LÍQUIDOS	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0
	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0
NODOS	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0
	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0
BANHOS	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0
	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0
TOTAL	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0
	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0
OPERAÇÃO	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0
	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0
ANESTESIA	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0
	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0
CÓDIGO	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0
	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0
CIRURGIA	45	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0
	35	30	25	20	15	10	5	0	0	0	0
TEMPO DE ANESTESIA											
NOTA											
ANESTESIA - Excesso Secreto Inhalado Anestésico - Nitro Gás - Nitro Perda Sanguínea											
Hemorragia - Arteria Branca - Veia - Círculo											

Contra
com originais

Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF 508.713.072-00
H.R.S.G.D.S.P.

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

Br 174 - Km 468
CEP: 69.370-970

RORAINOPOLIS

RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 8/6/2020 OS

Relatório

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA

ANESTESIA

ANESTÉSICO

FIM:

05.370.016/0001-00

HOSPITAL REGIONAL SUL

CEP: 69.370-970

DURADA: 01:14 - KM 468

CEP: 69.370-970

RELATÓRIO CIRÚRGICO

RORAINÓPOLIS

RR

*Poal D. HSEI
O suspeito de infarto cerebral com evolução de 24 horas, com alterações de humor, alucinógeno, t. lab. D.
O paciente é fumante, de hábito de fumar, cachaça e gaseosa, no momento da consulta, com alterações de humor, alucinógeno, t. lab. D.
O suspeito de infarto cerebral com evolução de 24 horas, com alterações de humor, alucinógeno, t. lab. D.
O suspeito de infarto cerebral com evolução de 24 horas, com alterações de humor, alucinógeno, t. lab. D.*

*Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF 508.713.072-00
H.R.S.G.O.S.P.*

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PA 110X7
FE 15
582-100

ICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURG

NOME DO PACIENTE		APT* OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
				08 06 120	
CIRURGIA		TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO	
Antônio Antunes				INÍCIO	FIM
				11:30	11:10
CIRURGÃO		EQUIPE MEL		CA	
Dr. César				ESTESTISTA	
1º AUXILIAR				MENTADOR	Dr. Rafael
2º AUXILIAR				CULANTE	Ana Maria
TIPO DE ANESTESIA				TEMPO DE DURAÇÃO	
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	
CH	CATGUT SIMPLES N°			HORAS DE OXIGÉNIO	
CH	CATGUT SIMPLES N°			FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %	
CH	CATGUT SIMPLES N°			FRASCO SORO	
CH	CATGUT N°			FRASCO SORO GLICOSADO %	
CH	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSA %	
CH	CATGUT CROMADO N°			XILOCAÍNA %	
CH	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			FLAXEIL	
CH	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			FLUOTHANE	
CH	FIOS DE SEDA N°			PENTRANE	
CH	FIOS DE ALGODÃO N°			ETER	
CH	MONONYLON COM AGULHA			ATROPINA	
CH	MONONYLON SEM AGULHA			PROSTGMIN	
CH	UNIDADES DE GAZE P/CTE			THIONEMBUTA	
CH	PARES DE LUVAS N° 7/8			MARCINA + glicor an	
CH	EQUIPOS PARA SORO macr			NOVAL	
CH	ROLOS DE ESPARADRAPO			GLICOSE % Ciner F an	
CH	DRENOS N°			ÁGUA OXIGENADA	
CH	SONDAS N°			MERTHIOLOATE	
CH	AGULHAS P/ Raga			MERCÚRIO CROMO	
CH	COMPRESSAS P/CTE			Sanguin 10 ml 03 ml	
CH	LÂMINAS PARA BISTURI 30			SOMA	
01				SOMA	
06				SOMA	
02				SOMA	
SOMA					
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS					
INSTRUMENTADORA	ENFERMEIRA CHEFE	DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE		VALOR	
		MATERIAL MEDICAMENTOS			
FUNCIONARIO / CALCULOS	FUNCIONARIO C. C DO PACIENTE FEITO O LANCEMTO	SUB-TOTAL			
		TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR**

PRESCRIÇÃO DIÁRIA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE SANTO ANTONIO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA



DADOS DO ATENDIMENTO =

DIA MÊS ANO HORA NÚMERO DE PRONTUÁRIO
 8 06 2020 9:39

01	DADOS DO (A) PACIENTE					REGISTRADO POR:	
NOME DO PACIENTE: <i>Raldemir Silva Nascimento</i>						SEXO: M () F () OUTROS: ()	
DATA NASCIMENTO	Dia 27	Mês 12	Ano 83	Idade 36	Documento de Identificação 16883132003/R	C.P.F. 533.948.182-72	ETNIA
Logradouro e N° Vie 29 Km 7 lote 29						Cartão do SUS Nº (CNS) 898003423736846	Estado Civil: Solteiro
Bairro:	Município: Roraima		Estado (UF) RR		NACIONALIDADE: Brasileiro	PROFISSÃO: agricultor	
FILIAÇÃO	PAI <i>Raldemir Rodrigues da Silva</i>	MÃE <i>m.º de Silva do Nascimento</i>					

02	DO ACIDENTE						
<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> TRABALHO	<input type="checkbox"/> TRANSITO				

OUTROS (DESCREVER):

03	DA ENTRADA NA ETI						
<input type="checkbox"/> TRANSPORTADO	<input type="checkbox"/> DE AMBULÂNCIA	<input type="checkbox"/> GÊNIA REMÓVIDO	<input type="checkbox"/> OUTROS (DESCREVER): <i>AMBULÂNCIA</i>				

OUTROS (DESCREVER):

TEMP:	PESO/KG:	<input type="checkbox"/> 05.370.016/0001-00					
04	SE ACIDENTE DE TRABALHO			ESPECIFICAR: <i>HOSPITAL REGIONAL SUL</i>			
PROFISSÃO				DE SANTANA - SOUSA PINTO			

DIA	MÊS	ANO	HORA	SERVIÇOS	B. 1.4.171-68
-----	-----	-----	------	----------	---------------

05	INFORMAÇÕES DE RESPONSÁVEL			ESPECIALIDADE: <i>Medicina</i>	RR
ESPECIALIDADE:				CEP: 69.370-970	

RESUMO CLÍNICO:

C. Arq. 001 - paciente procedente

EXAME FÍSICO:

EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):

RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):

DIAGNÓSTICO:

PROVÁVEL: DEF NIT: *apresento exsudado*

06 DO (A) PACIENTE
 REMOVIDO (A) PARA: *espaço T. lata*

INTERNADO NO (A):

ÓBITO

Antes do primeiro atendimento? () Sim () Não

Destino () Família () IML

*Conforme
com origens*

*Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF 508 713 072-00
HRSGOSP*

3. RÉ-ANESTÉSICO

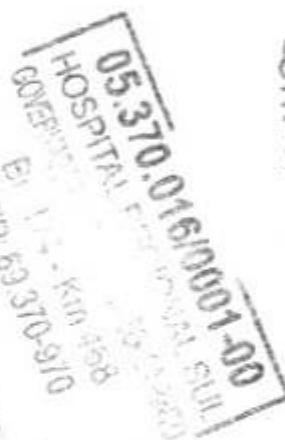
Nome _____	Brf. _____	Lato. _____	Serv. _____												
Sexo _____ Cen. _____ idade. _____ Peso. _____	Alt. _____	Classe. _____	Data. _____ hora. _____												
Diagn. Pna-CP. _____	Pediatria Asenc. _____														
Cr. Proposta _____															
Atest. Ant. _____															
Alergia _____															
Alcool. _____ Fumaça. _____															
DROGAS: (Corticoides, fenotiazinicos, hipotensor, narcóticos, hipnoticos, digitálicos, antisseguilante, diuréticos, antibióticos, sulfas, inadrenergicos, MAO, outros)															
Estado Mental _____	Boca. _____														
Pescoco. _____	Veias. _____														
RX. _____															
Passe. _____															
Hepatograma _____															
Outros. _____															
Parceria Clínica. _____															
PA. _____ Puls. _____ Temperatura. _____															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicação Pna - Ant.</th> <th>DOSE</th> <th>VA</th> <th>ICNA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				Medicação Pna - Ant.	DOSE	VA	ICNA								
Medicação Pna - Ant.	DOSE	VA	ICNA												
End. Fis (ASA) _____ AN. Proposta _____ NB _____															
Assinatura _____															

ÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO		NA ENFERMAGEM	
Data _____	Hora _____	Data _____	Hora _____
<p>05.370.016/0001-00</p> <p>HOSPITAL REGIONAL SUL</p> <p>CEP: 68010-000 - RUA SQUARINTO</p> <p>CEP: 68011-000 - KM 468</p> <p>CEP: 68030-970</p> <p>RR 1</p> <p>RORAIMA</p> <p>Assinatura</p>		<p>Elson Alves da Silva</p> <p>Director Geral</p> <p>CPF: 608.713.972-00</p> <p>HR560SP</p> <p>Assinatura</p>	

Conte
tom oriana

12 36.4 89 19 140x10
18 36.4 7.4 19 100 10
21 36.6C 63 20 1120x80
06 135.9C 20 19 1210x80



Eison Alves do Nascimento
Cep 56300-072-00
Eison Alves do Nascimento
Cep 56300-072-00

RODRIGO
RORAIMA

12	36,4	80	20	120x60
16	36,6	80	20	110x60
06	35,8	85	23	120x60



Conferencia
com ordinário

Elson Alves da Silva
Dir. Geral
GPF São Paulo
R. 50005-000

hora T. 13 14 15 16

MANHÀ

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

TARDE

NOTE

Centrale
en Drama

12	36,6	83	20	1288
18	36,6	30	20	1280
24	36,3	84	20	90/50
06	35,8	82	20	118/69

65.570.016/0601-00			
HOSPITAL REGIONAL SUL			
GARIBOLDI, 100 - SANTARÉM			
Br. 16 - 69370-030			
CEP: 69.370-970			
RORAINÓPOLIS			
RR			

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

AC	DISPOSITIVOS			SINAIS VITAIS								
	4 ELOCUTA/ABN	3 A COMANDO	2 A DOOR	1 SEM RESPOSTA	LOCAL	DATA	TRICHA	HORÁRIO	PA.	PULSE	TEMP	SAT
MARV	4 ORIENTADA	4 DISCRIMINAÇÃO	3 PAINELAS	2 SONS INCOMPREENSIVEIS	1 SEM RESPOSTA	TOC						
MARM	6 ORIENTADA/COMANDOS	5 FORCA/DOOR	4 RETRIB. A DICTR	3 FERMO/ABRIR/ABRIR	2 EXTINÇÃO	1 SEM RESPOSTA	ECG					

MANHÃ

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

TARDE

NOITE

65.370.04610001-00

AMBULÂNCIA SUL

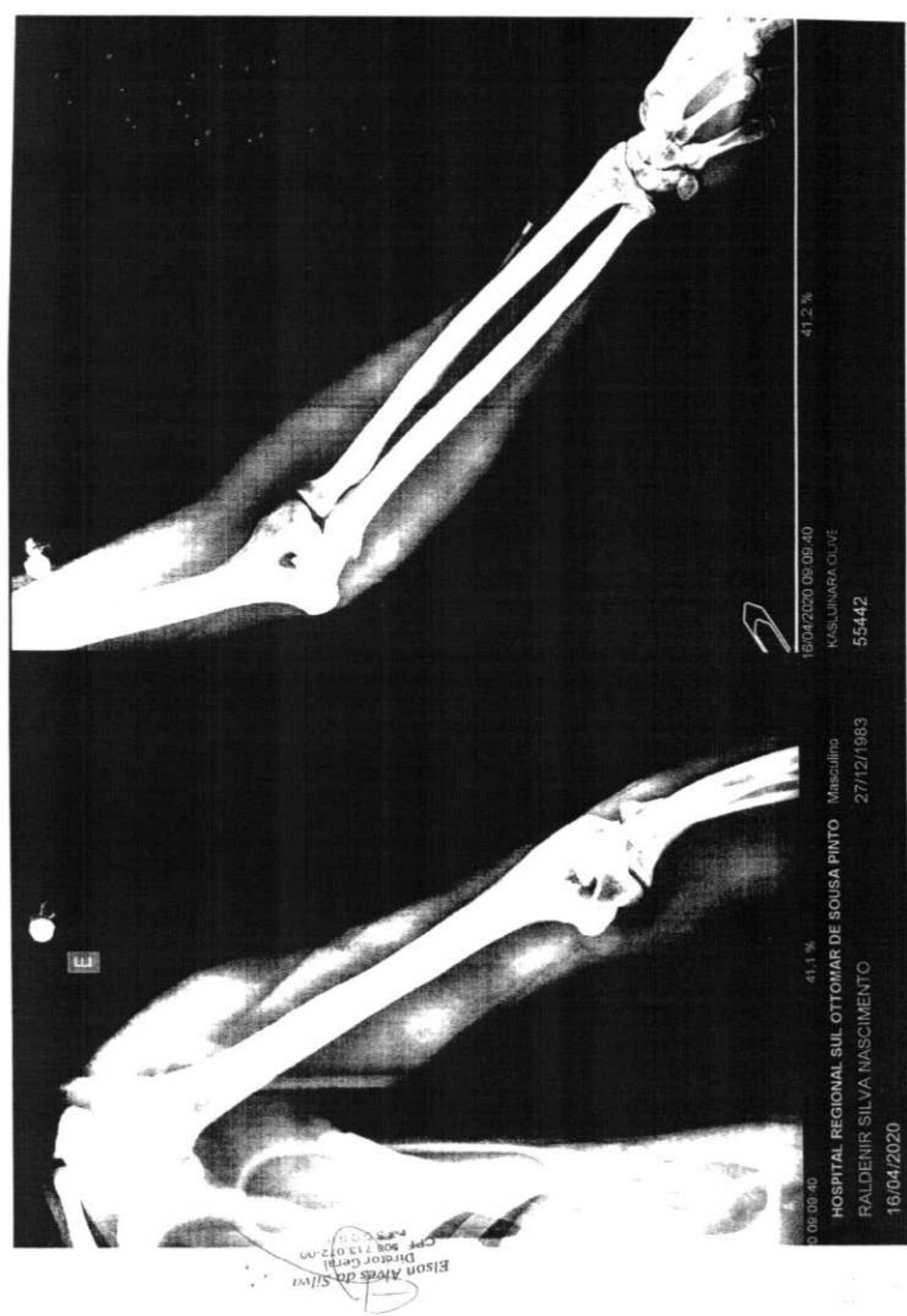
Alves do Silva

Elson Alves da Silva

Dir. de Enfermagem

CEP 50071-050

Curitiba



00:08:40

HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO

RALDENIR SILVA NASCIMENTO

16/04/2020

41,1 %

16/04/2020 09:09:40

KASLUINARA OLIVE

55442

41,2 %

2

Masculino

27/12/1983

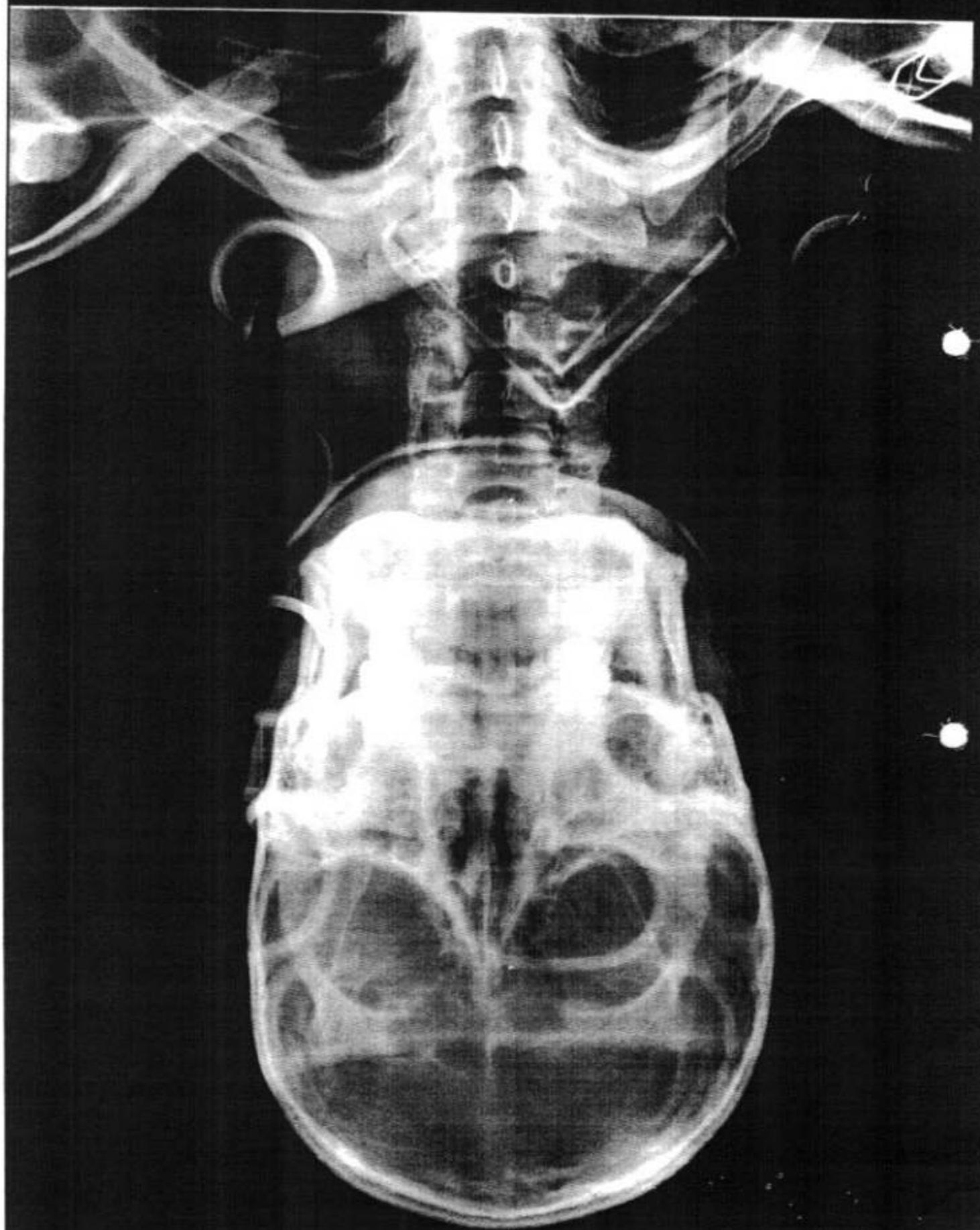
KASLUINARA OLIVE

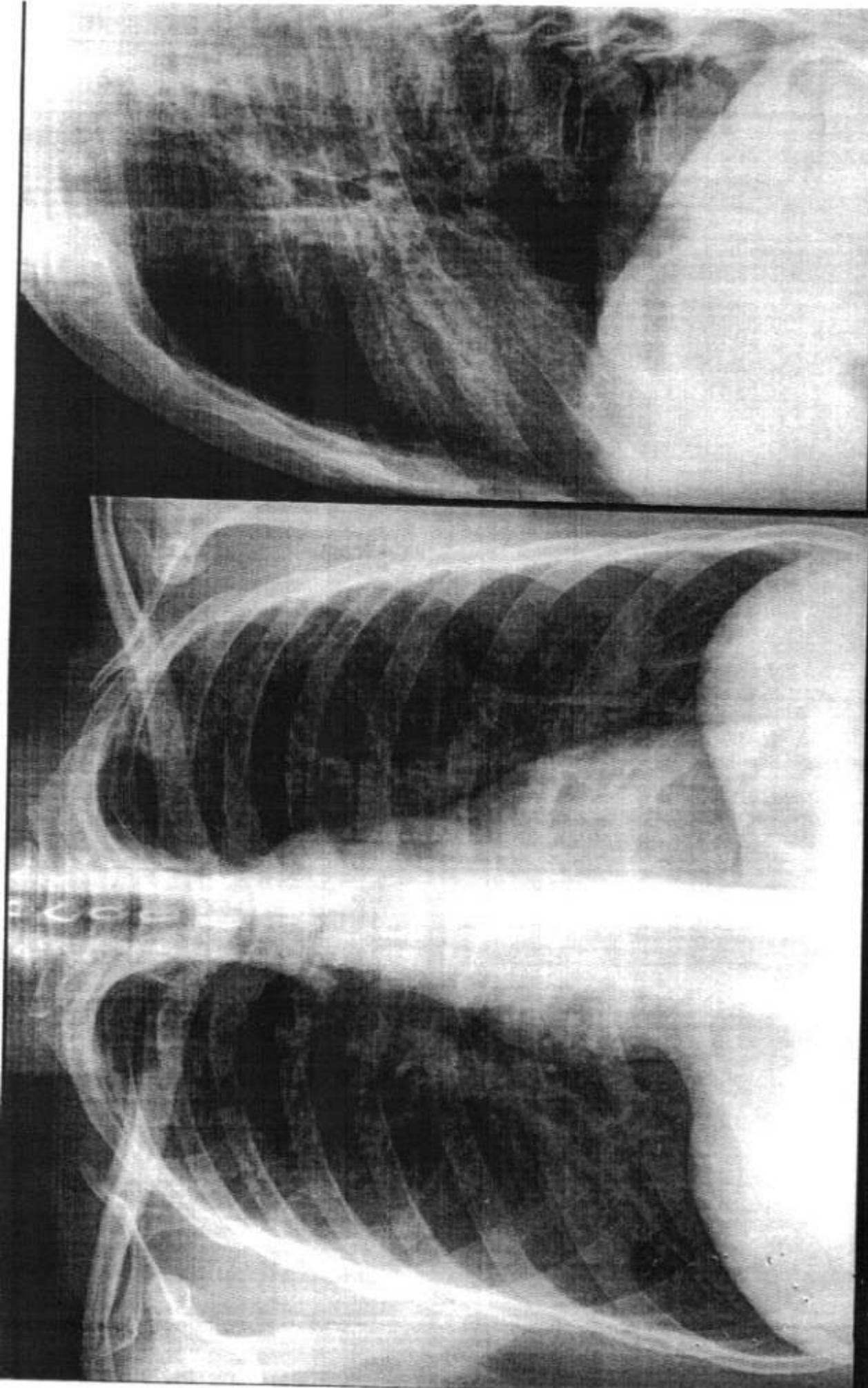
55442

2

KASLUMARA OLIVE

HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO Masculino





18/04/2020 15:45:21

HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO
RALDENIR SILVA NACIMENTO

18/04/2020

510 %

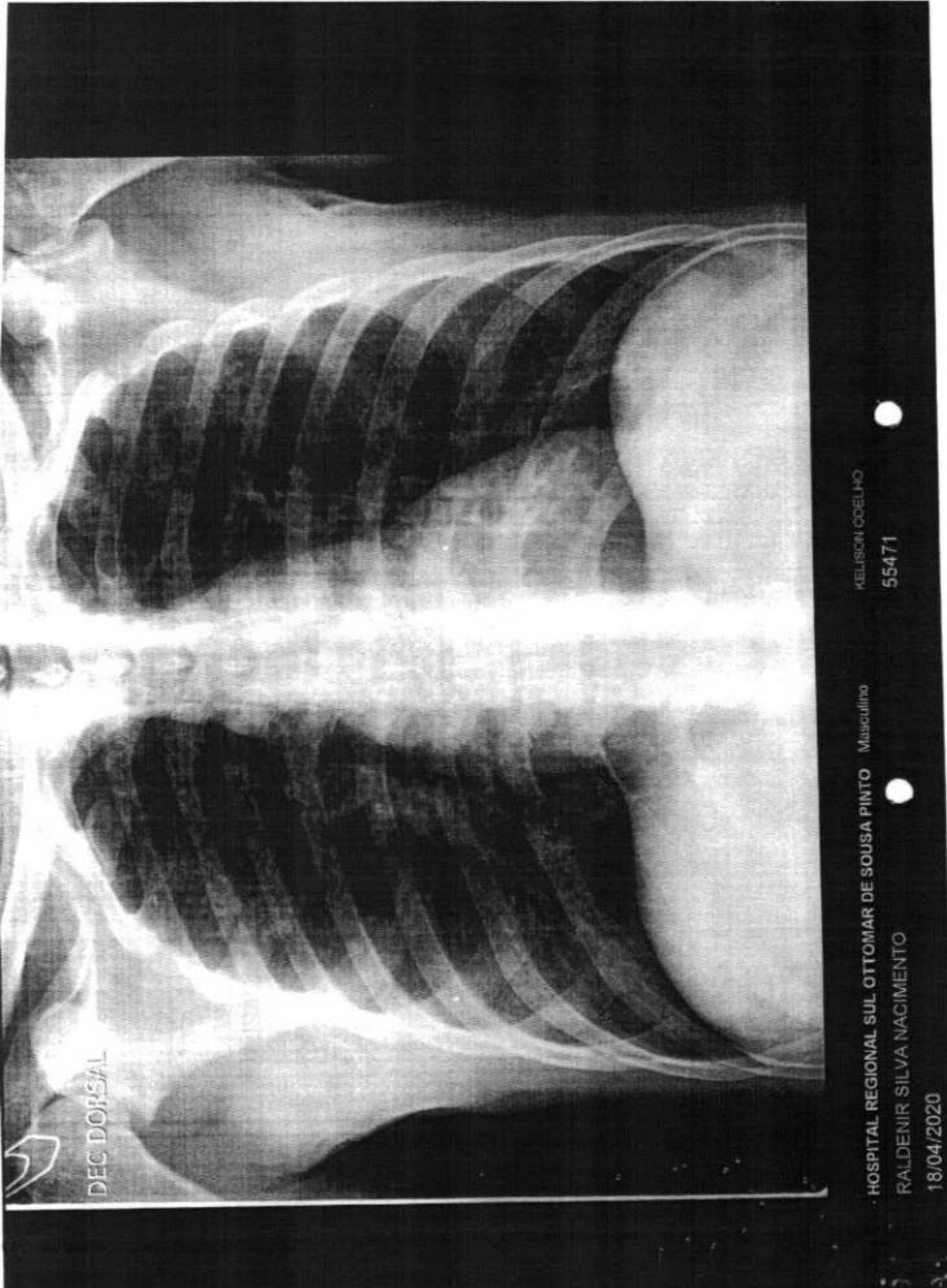
Masculino

17/04/2020 15:45:21

KELISON COELHO

55471

443%



DEC DORSAL

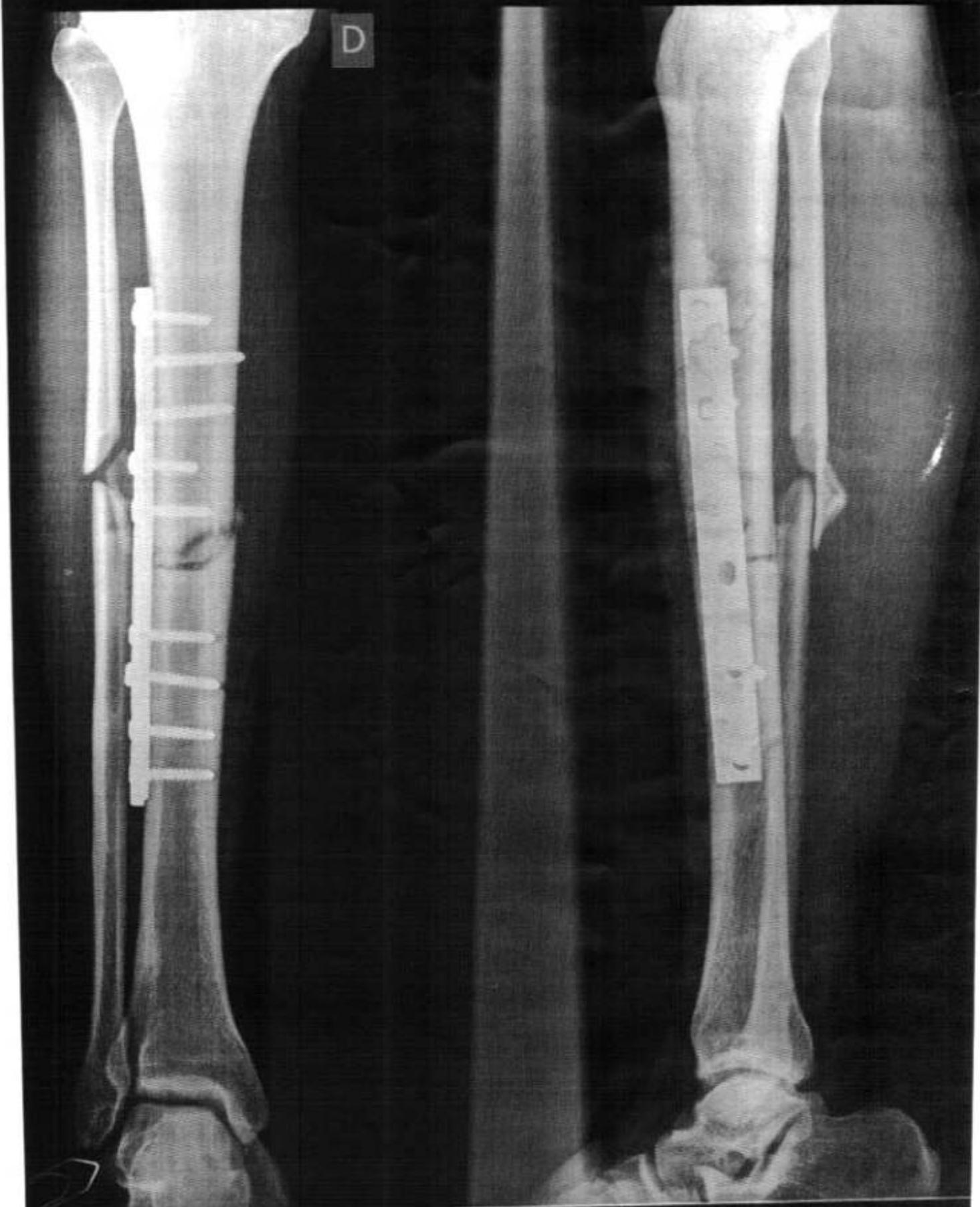
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO

RALDENIR SILVA NACIMENTO

18/04/2020

KELISON COELHO

55471



D

HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO Masculino

RALDENIR SILVA NASCIMENTO

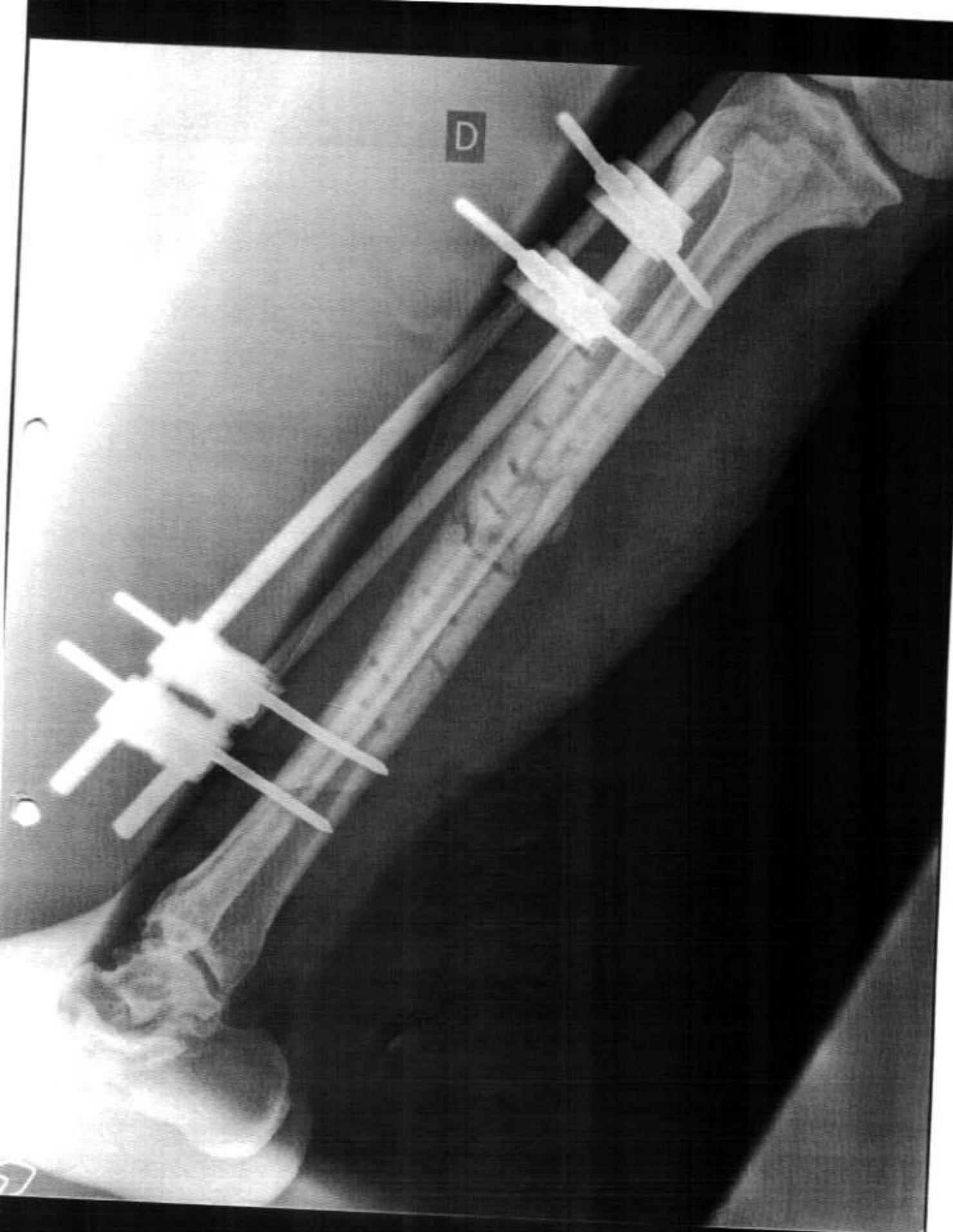
04/05/2020

27/12/1983

JOSE OLIVEIRA

55.671

D



HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO Masculino

RALDENIR SILVA NASCIMENTO
08/06/2020

27/12/1983

ALAN BARROS
56286

D

•

•

•

HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO Masculino

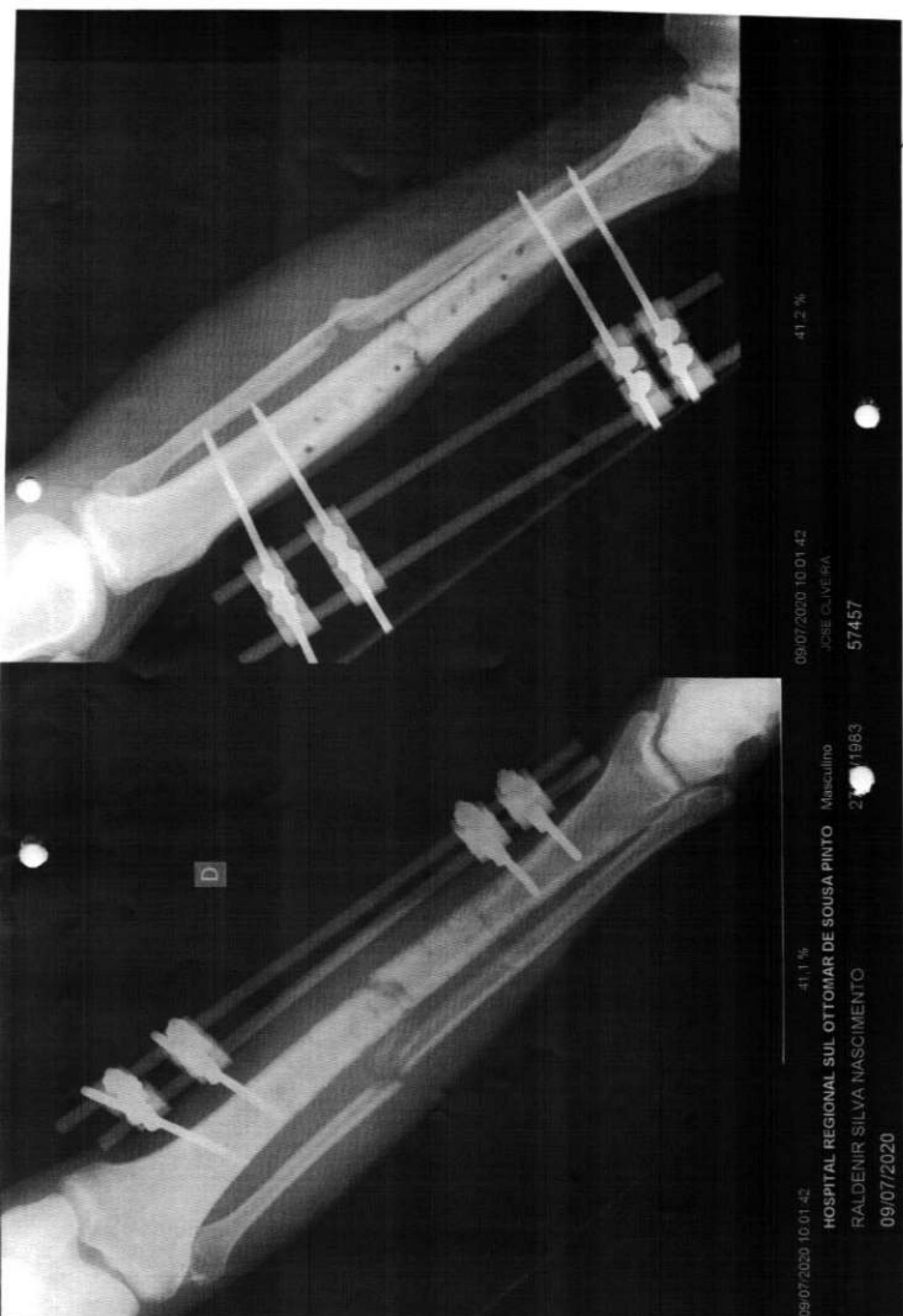
RALDENIR SILVA NASCIMENTO

08/06/2020

27/12/1983

ALAN BARROS

56286



09/07/2020 10:01:42

41,1 %
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO
RALDENIR SILVA NASCIMENTO

41,2 %
09/07/2020 10:01:42
JCSE OLIVEIRA
27/1983
57457

09/07/2020

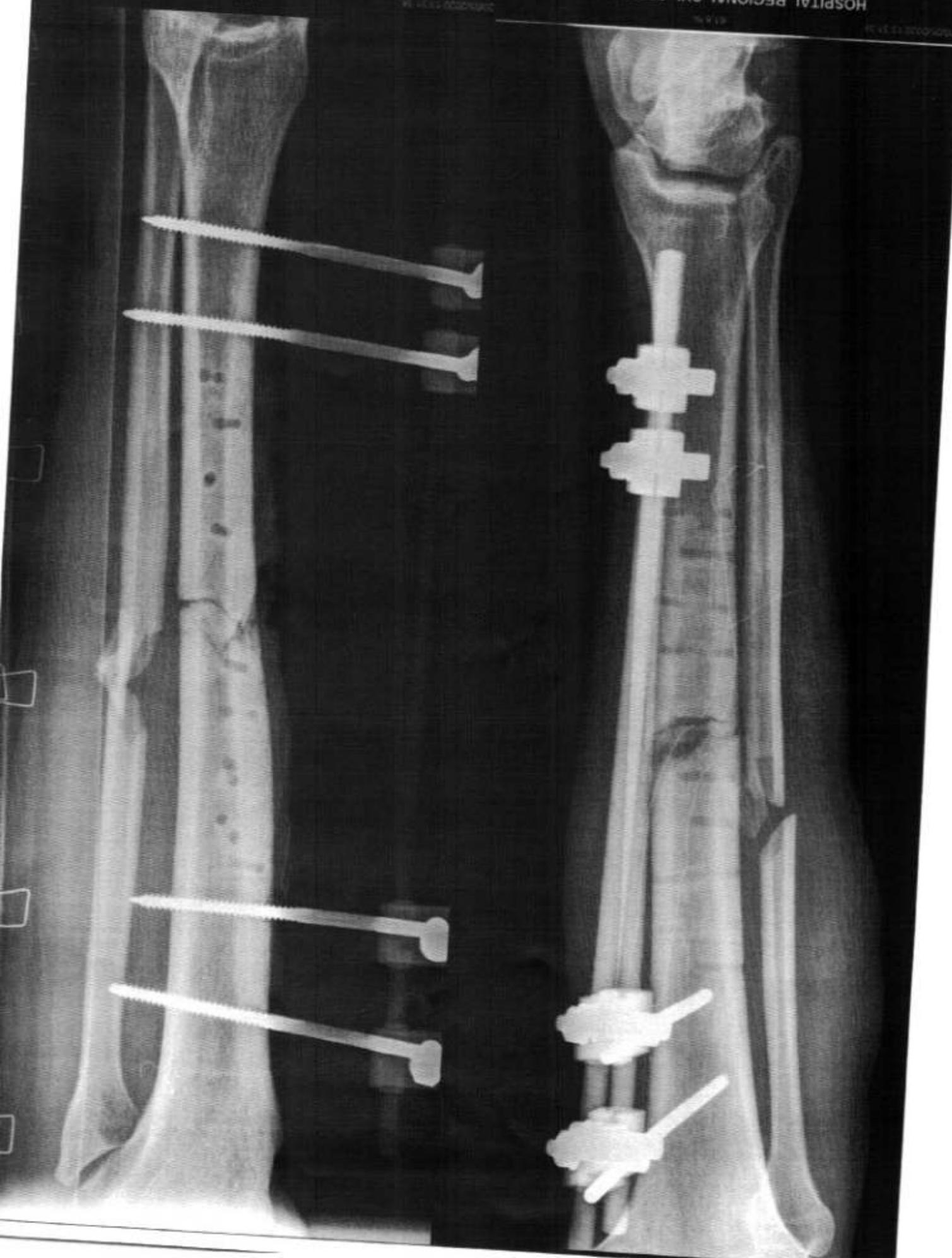
20/05/2020

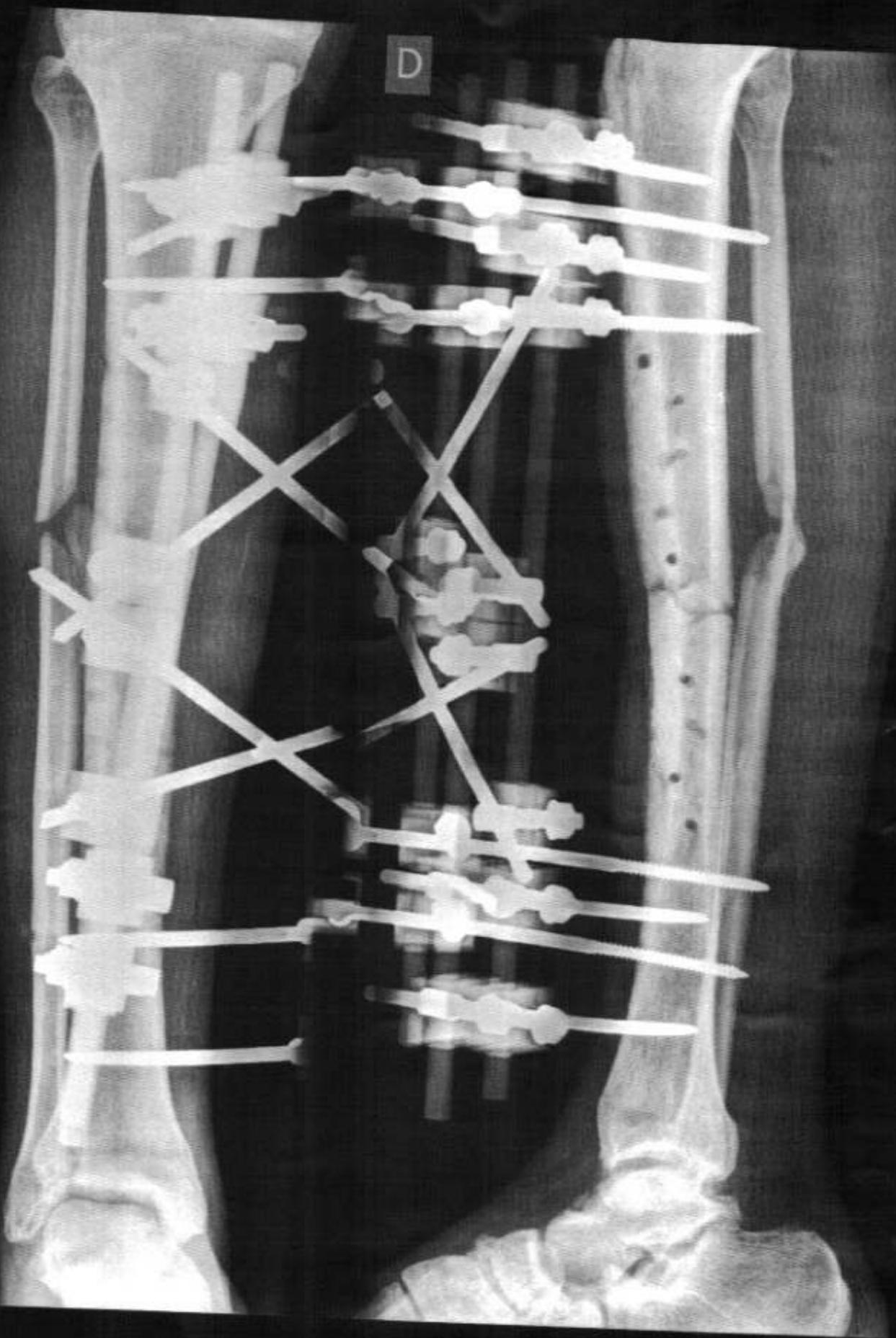
84

EDENIR SILVA NASCIMENTO

27/12/1980

55854





HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO

RALDENIR SILVA NASCIMENTO

21/07/2020

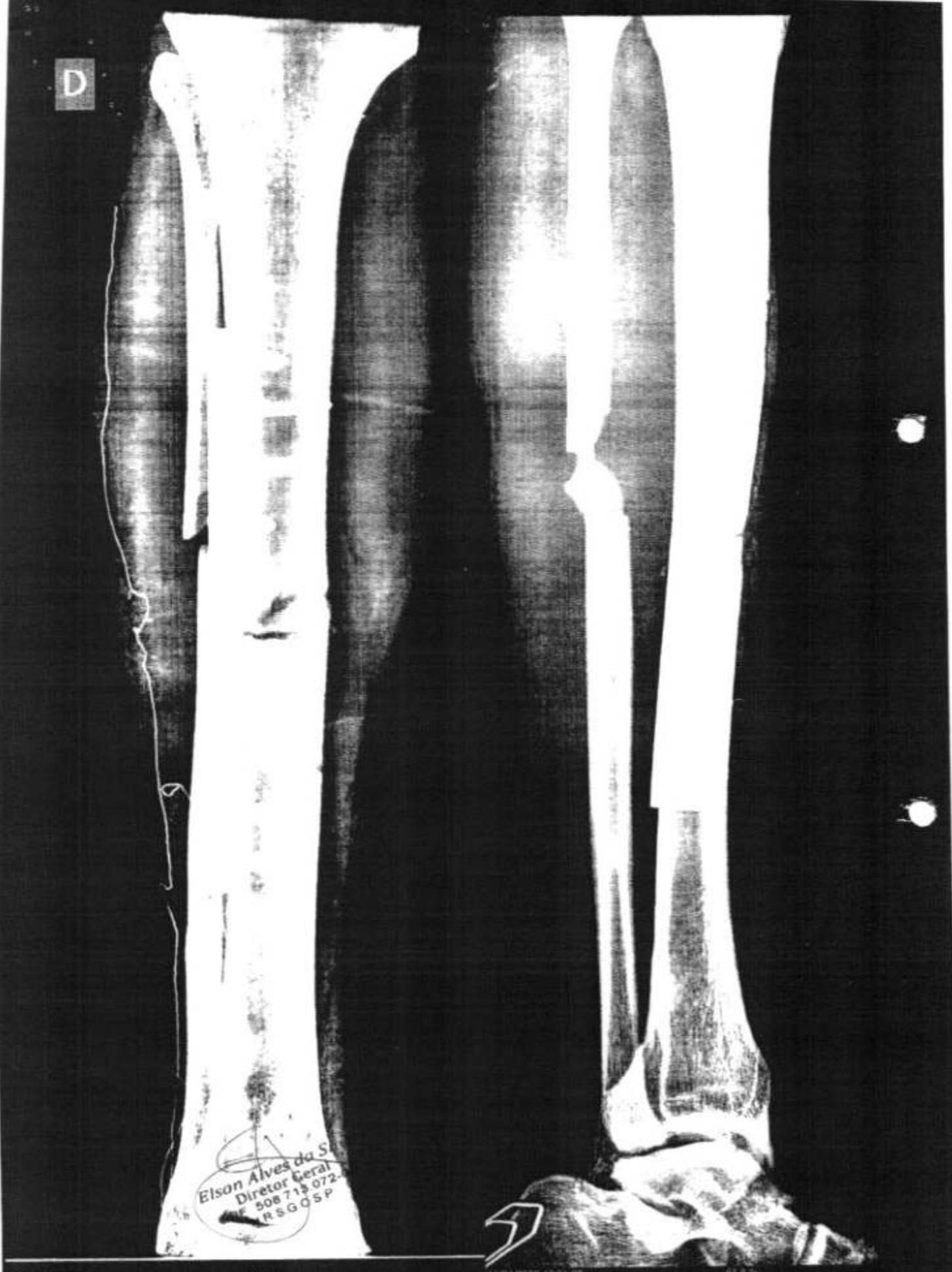
Masculino

27/12/1983

ALAN BARROS

57806

D



16/04/2020 12:31:08

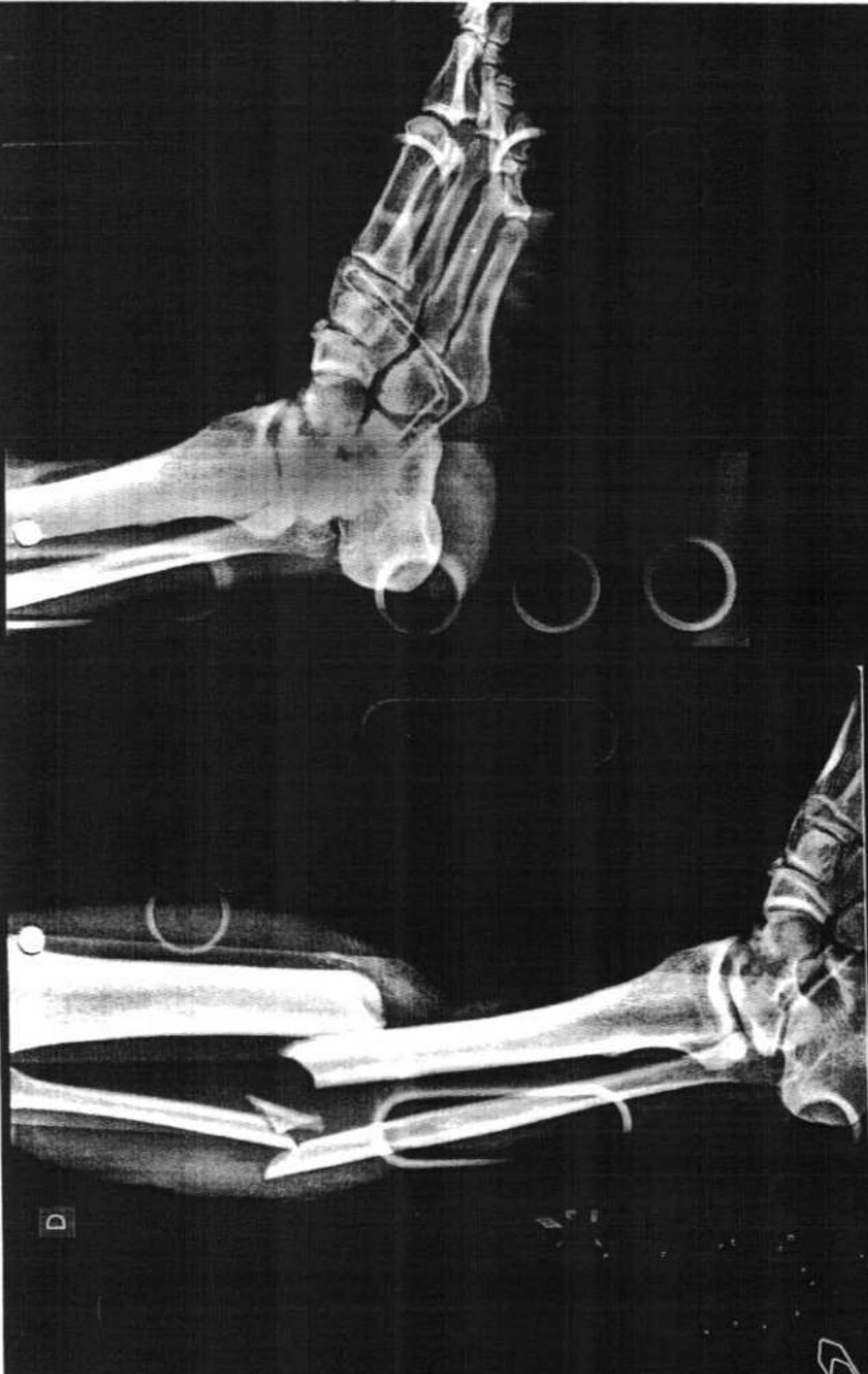
61,4%

HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO Masculino

16/04/2020 12:31:08

61,8%

KASLUINARA OLIVE

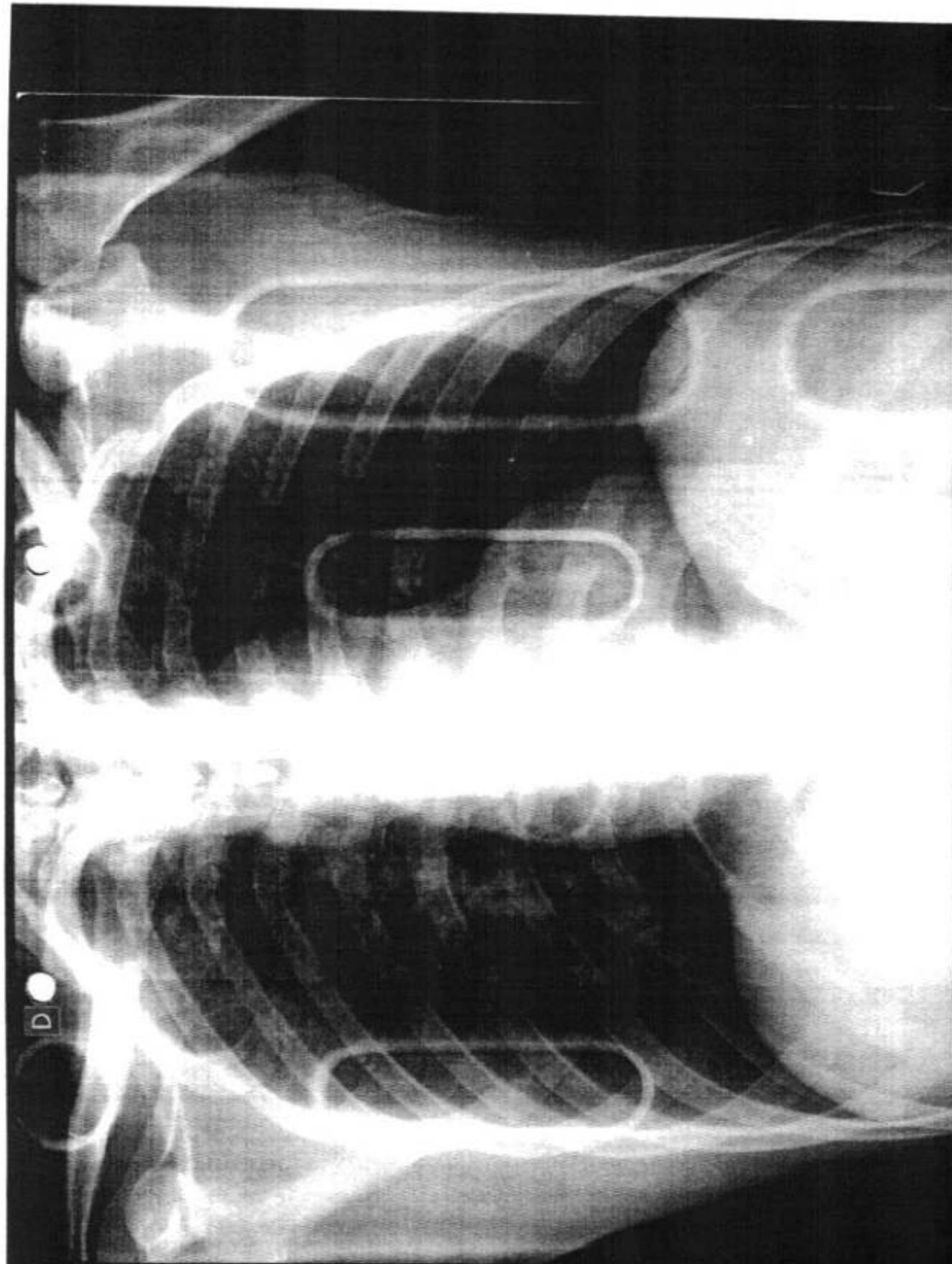


42.5%

16/04/2020 09:09:40
KASLUINARA CLIVE
55442

41.1%
16/04/2020 09:09:40
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO Masculino
RALDENIR SILVA NASCIMENTO 27/12/1983
16/04/2020

Elison Alves da Silveira
CPF 508 713 672-01
DIRETOR GERAL
HRSGOSP



KASLUINARA CLIVE

55442

HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO

Masculino

27/12/1983

RALDENIR SILVA NASCIMENTO

16/04/2020





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243764/20

Vítima: RALDENIR SILVA NASCIMENTO

CPF: 833.948.182-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/04/2020

Titular do CPF: RALDENIR SILVA NASCIMENTO

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

RALDENIR SILVA NASCIMENTO : 833.948.182-72

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: 28/08/2020
Nome: RONALDO DE SOUZA COSTA
CPF: 616.535.942-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

RONALDO DE SOUZA COSTA

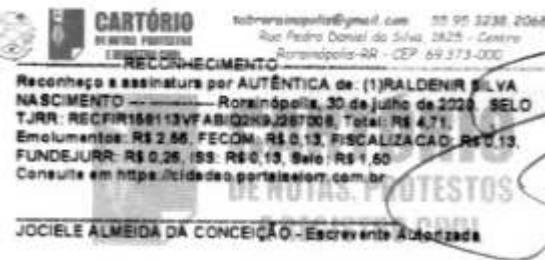
SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: RALDENIR SILVA NASCIMENTO, brasileiro, solteiro, agricultor, portador(a) do RG 168831320013 SSP/MA e CPF nº 833.948.182-72, residente domiciliado VICINAL 29, KM 07, LOTE 29, SITIO TRES CORAÇÃO, MUNICIPIO DE RORAINOPOLIS/RR.

OUTORGADO: RONALDO SOUZA COSTA, brasileiro, união estável, auxiliar administrativo, RG 164075 SSP/AM, CPF 616.535.942-68, residente e domiciliado na RUA MARIA RODRIGUES DO SANTOS, N°, BAIRRO AS BRANCA, BOA VISTA – RR.

PODERES: Para requerer o seguro DPVAT por VALIDEZ, a quem tem direito o outorgado, junto à qualquer seguradora pertencente ao consorcio DPVAT administrado pela Seguradora LIDER, em razão de acidente de transito, 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 em órgão 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 fornece dados para credito de indenização de sinistro DPVAT, podendo viajar, assinar e receber a ordem e pagamento em nome do outorgante junto à rede bancaria.



Rorainópolis – RR, 30 de Julho de 2020

Raldenir Silva nascimento
RALDENIR SILVA NASCIMENTO

CPF nº 833.948.182-72

Outorgante

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200310338 **Cidade:** Rorainópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RALDENIR SILVA NASCIMENTO **Data do acidente:** 16/04/2020 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FÍBULA À ESQUERDA. P6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). P 6, 11, 28
VITIMA EM TRATAMENTO. P 29

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRURGICO EM 08/06/2020

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL; TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243764/20

Vítima: RALDENIR SILVA NASCIMENTO

CPF: 833.948.182-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/04/2020

Titular do CPF: RALDENIR SILVA NASCIMENTO

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

RALDENIR SILVA NASCIMENTO : 833.948.182-72

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: 28/08/2020
Nome: RONALDO DE SOUZA COSTA
CPF: 616.535.942-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

RONALDO DE SOUZA COSTA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO