



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: 3200300344

Vítima: JULIO MENEZES PALACIO

Data do Acidente: 08/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JULIO MENEZES PALACIO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.893,75

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JULIO MENEZES PALACIO

Valor: R\$ 4.893,75

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000029448-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Pag. 00825/00826 - carta_15R - INVALIDEZ

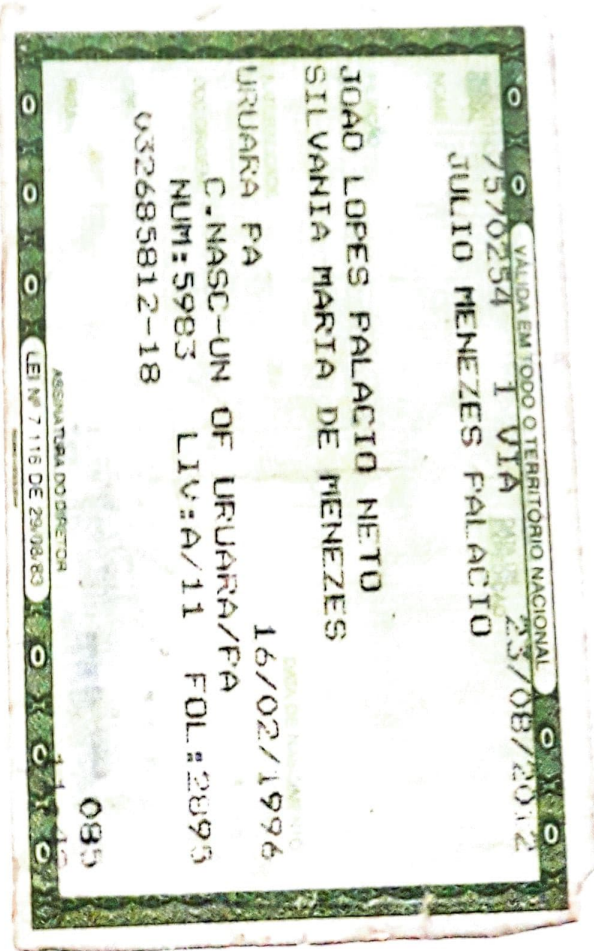
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ6BW QB7ZX KAJXP A5V5R


PROCURAÇÃO

Eu, Julio Muniz Palácio,
brasileiro (a), solteiro, serviço geral, portador (a) da
cédula de identidade RG nº 7570254, inscrito (a) no CPF sob o
nº 032.685.812-18, residente e domiciliado (a) na
Substituição para Paíse, nº 2441, Bairro
Alfama Int, CEP 69-314-358, telefone nº 99132-5677
Boa Vista-RR, por este instrumento particular de procuração,
nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro,
solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à
Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725,
Boa Vista, Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para
Através do presente instrumento particular de mandato, O
OUTORGANTE nomeia e constitui como seu procurador o
OUTORGADO, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao
bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em
geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo
Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar
compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a
procedência do pedido, receber intimações, receber e dar
quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas
Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração
pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante
particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias
e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando
tudo por bom e valioso, **com fim específico para ação judicial
de cobrança de seguro DPVAT em face da SEGURADORA
LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**


Boa Vista/RR, 03 de setembro de 2020.

Julio Muniz Palácio
OUTORGANTE.





PREFEITURA MUNICIPAL DE RORAINÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU192 / RORAINÓPOLIS



FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade: Samu Equipe: Condutores Jefferson, Maria Vez

Paciente: Julio Mendes Palacios Idade: 28 Sexo: M

Endereço: BR 174, depois de nova clínica

CHAMADA Nº: _____ DATA: 08/02/2020 HORA SAÍDA: 07:30

Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM: Genico HORA CHEGADA: 09:55

MOTIVO ☐ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☐ OUTRO

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLÊNCIA	OUTROS
<input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro	<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Vitima projetada <input type="checkbox"/> Vitima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag <input checked="" type="checkbox"/> MOTO/BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Acidente com moto X <u>Carona</u> <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input checked="" type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> condutor <input type="checkbox"/> passageiro	<input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: _____ <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros: _____

AVIAÇÃO INICIAL

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
<input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradpneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> Maciez <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Otorrêa <input type="checkbox"/> Otorragia <input type="checkbox"/> Rinorragia <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. °C.	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	Trauma	APGAR
Início <u>08:35</u>	<u>110/60</u>	<u>105</u>		<u>98</u>					
Fim									

AVIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
<input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração

AVIAÇÃO SECUNDÁRIA (na viatura)

Pelve	Coluna Dorsal	Membros
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações <input checked="" type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação

AVIAÇÃO CARDÍACA

AVIAÇÃO CARDÍACA	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Filuter	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecçiosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso

GRAVIDADE COMPROVADA

<input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> SEVERA	<input checked="" type="checkbox"/> EQUENA <input type="checkbox"/> MORTE	<input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> TINDERMINADA	<input type="checkbox"/> OUTRO
---	--	---	--------------------------------

Dr. Oscar E. Riss Quiroga
Clínico Geral/CRM-RR 1998

08 FEV 2020

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

INCIDENTE

<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local	<input checked="" type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros
---	---

RCP

<input type="checkbox"/> Iniciada as: _____ <input type="checkbox"/> Término as: _____ <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs.: _____	DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA
---	---------------------------------

DESTINO

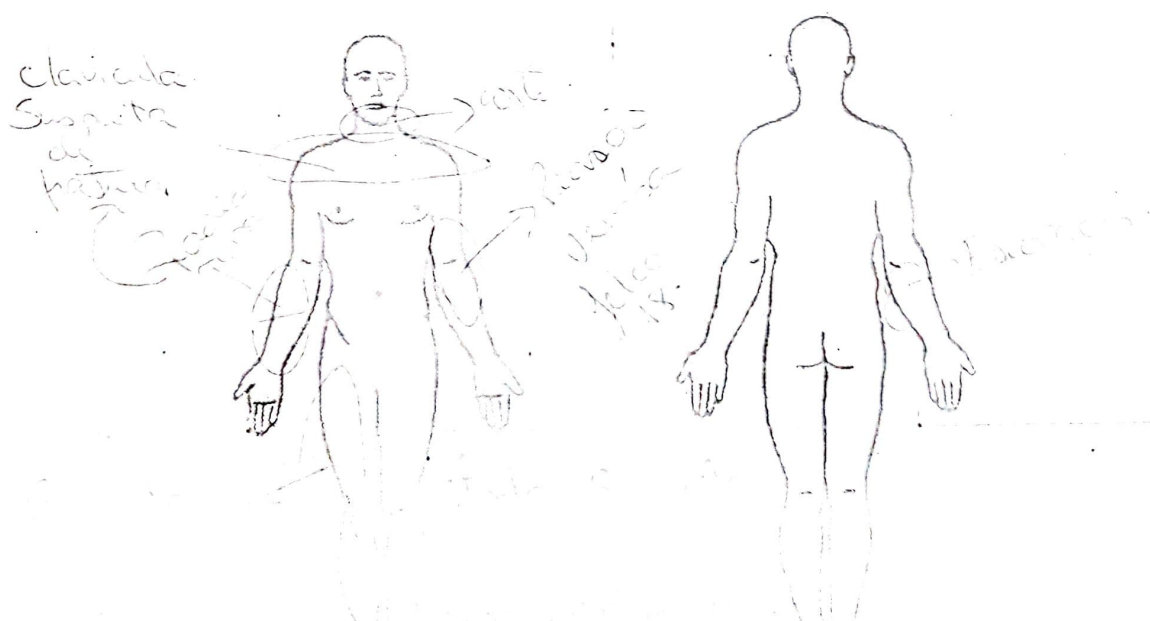
<input type="checkbox"/> Atendido no local <input type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Cosme e Silva <input type="checkbox"/> HCSCA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros
---	---

PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	
Perda de líquido: _____	BCF: _____	
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão		

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA	
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala		
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4 <input checked="" type="checkbox"/>	Frequência Respiratória (mov / min)	10 - 24 4 <input type="checkbox"/>
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3 <input type="checkbox"/>		25 - 35 3 <input type="checkbox"/>
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2 <input type="checkbox"/>		≥ 36 2 <input type="checkbox"/>
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1 <input type="checkbox"/>		01 - 09 1 <input type="checkbox"/>
Melhor Resposta Verbal	Orientado	Balbucia	5 <input checked="" type="checkbox"/>	Pressão Sistólica (mmHg)	0 0 <input type="checkbox"/>
	Confuso	Choro irritado	4 <input type="checkbox"/>		> 90 4 <input type="checkbox"/>
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3 <input type="checkbox"/>		70 - 89 3 <input type="checkbox"/>
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2 <input type="checkbox"/>		50 - 69 2 <input type="checkbox"/>
	Nenhuma	Nenhuma	1 <input type="checkbox"/>		01 - 49 1 <input type="checkbox"/>
Melhor Resposta Motora	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6 <input checked="" type="checkbox"/>	Escala de Glasgow	0 0 <input type="checkbox"/>
	Localiza a dor	Retira ao toque	5 <input type="checkbox"/>		14 a 15 5 <input type="checkbox"/>
	Flexão normal	Retira a dor	4 <input type="checkbox"/>		11 a 13 4 <input type="checkbox"/>
	Flexão anormal	Flexão normal	3 <input type="checkbox"/>		8 a 10 3 <input type="checkbox"/>
	Extensão a dor	Flexão anormal	2 <input type="checkbox"/>		5 a 7 2 <input type="checkbox"/>
	Nenhuma	Nenhuma	1 <input type="checkbox"/>		3 a 4 1 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA	

<div> <div>LEVE</div> <div>MODERADA</div> <div>INTENSA</div> </div>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<div> </div>										
ESCALA ANALÓGICA - EVA										





ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE RORAINÓPOLIS

BOLETIM DE Ocorrência: **332/2020** DATA: 16/03/2020 HORA: 10:00
ATENDENTE: JAILSON MEDEIROS DELEGADO (A) TITULAR: CID GUIMARÃES

DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA

DATA: 08/02/2020 HORA: 08:00
LOCAL: BR 174 - VILA DE NOVA COLINA - ÁREA RURAL

DADOS DO COMUNICANTE

NOME: JOÃO LOPES PALACIO NETO RG: 2061887/PA CPF: 572.170.922-72
DATA DE NASCIMENTO: 12/12/1968 IDADE: 51 ANOS SEXO: MASCULINO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA CIDADE: CODÓ UF: MA
PAI: RAIMUNDO LOPES PALACIO MÃE: JOVENILIA FEITOSA PALACIO
GRAU DE ESCOLARIDADE: ENSINO MÉDIO
ENDEREÇO: VILA DE NOVA COLINA - S/N - QUADRA 12 - LOPE 13 - BAIRRO: JÚLIO ARCANJO.
TELEFONE: 99175-0455

DADOS DO ENVOLVIDO

NOME: JULIO MENEZES PÁLACIO RG: 7570254 CPF: 032.685.812-18
DATA DE NASCIMENTO: 16/02/1996 IDADE: 24 ANOS SEXO: MASCULINO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA CIDADE: URUARÁ UF: PA
PAI: JOÃO LOPES PALACIO NETO MÃE: SILVANIA MARIA DE MENEZES
GRAU DE ESCOLARIDADE: ENSINO MÉDIO
ENDEREÇO: VILA DE NOVA COLINA - S/N - QUADRA 12 - LOPE 13 - BAIRRO: JÚLIO ARCANJO
TELEFONE

CÓDIGO
1001

INFRAÇÃO
INFRAÇÃO DE TRÂNSITO

DESCRIÇÃO
INFRAÇÃO DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado, compareceu nesta Delegacia de Polícia o Senhor **João Lopes Pálacio Neto**, **GENITOR** de "**Júlio Menezes Pálacio**", para comunicar o acidente de trânsito ocorrido com seu filho no dia 08/02/2020 por volta das 08:00 horas, que o comunicante se deslocava em um caminhão e seu filho numa Motocicleta de Placa PHE-8385, quando um dado momento seu filho derrapou e colidiu com o caminhão, sofrendo Grave Lesão, tendo quebrado Fêmor Direito, Braço Direito, Bacia e Clavícula, conforme guia de atendimento Médico. É o relato.

JAILSON MEDEIROS
AGENTE DE POLÍCIA

João Lopes Pálacio Neto
JOÃO LOPES PALACIO NETO
COMUNICANTE / RESPONSÁVEL

DESPACHO

() Fato atípico, archive-se. () Intimar Comunicante () Ao S. I. para providências
() Intimar as partes () Aguardar audiência () Aguardar novos fatos ou representação
() Elabore-se _____ art(s) _____
() Encaminhe para outra(s) providencia(a): _____
Intimado para dia ____/____/____ as ____:____ Delegado(a) de Polícia Civil
Testemunhas: _____

() Comunicante renúncia ao exercício do direito de queixa, conforme assinatura abaixo:
_____, data ____/____/____, horário: ____:____

O comunicante fica sujeito aos crimes do art. 339 (denunciação caluniosa) e 340 (comunicação falsa de crime ou de contravenção), ambos do código penal Brasileiro.

O comunicante ao ser intimado deve apresentar documentação do objeto referente a ocorrência.

Delegacia de Rorainópolis

End.: Rua Hildemar Pereira de Figueiredo, s/nº, Cep.: 69373-000, - Pantanal - Rorainópolis - RR
Telefone: Plantão (95) 3238-1329/197 ou Gab. 3238-2114 - e-mail: dprorainopolis@pc.rr.gov.br

Wallyson Barbosa Moura
11/02/2020
Vista
NE

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

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

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.: *HC*

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.: *HC*

08/02/2020 14:06:32 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 24

Paciente: JÚLIO MENEZES PALACIO Data Nascimento: 16/02/1996 Idade: 23 A 11 M 21 D CNS: 203163415890003 CPF: 03268581218 Prontuário: 03268581218

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: Data Emissão: Sexo: M Estado Civil: NAO Rça/Cor: PARDA Nacionalidade: BRASILEIRA Contato: 9132-5677 Ocupação: *claudia*

Mãe: S. VANIA MARIA DE MENEZES Endereço: RUA - RORAINOPOLIS - SN - - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal: Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão: Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU REGIONAL Procedimento Sol.: Registrado por: MATHEUS.ALVES

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

Acidente automobilístico

Anamnese de Enfermagem: *verif. Alergias* GSC: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL: 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - :h) Paciente refere acidente automobilístico moto x caminhão com fraturas de MID e MSD. Encaminhado pelo

Exame Físico: *ortopedista* *SES, imobilizado em Praxita Músculos* *AAA, LOTE, Glasgow 15, expulso em Ar. Auscult.* *FC 123 Bpm, PA 95x68*

Hipótese Diagnóstica: *Politraumático* *Fratura de Pelve em Lado Aberto*

SADT - Exames Complementares: ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☒ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

1) Solicito ORTOPEDIA

2) Solicito AVALIAÇÃO DA CINTURA COM

3) Solicito exames laboratoriais para

4) Solicito Hemograma *03 CH*

5) Solicito Hemoglobina *03 PFC*

6) SE 0,9% 2.000 mL EV *03 PLASMA*

7) Soro + 5% 500 mL EV em 10 min

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☒ Transferência para: *ortopedia* Data e Hora da Saída/Alta: *11/02/2020*

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: matheus.alves Data Hora: 08/02/2020 14:09:16

Dr. Daniel do N. Araújo Médico CRM-RR 2137

2001218228

08/02/20 Ortopedia

Paciente vítima de acidente
transito, apresentando múltiplas
fraturas: / fx clavícula proximal (D),
fx cotovelo D, fx Antebraço D,
fx punho D, fx pulso /
Ex. Fraco, lacrima hipocrado, taquicardia
PA não aaborder.

cd: Ao ET Pl transfusão sanguínea
+ infusão de volume
e após estabilização ad
C.C. para fixação

Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RR 2007

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

de 16:00

08.02.2020
Julio minuzzi Polacino
014200109041

387

16:20	36.0	90x60	146	16
16:35	36°	90x60	117	17
17:21	36	90x60	117	20

lyma

Dr. Leon Pereira Pires
Enfermeiro
CRM 208.737-RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: JULIO MENEZES PALACIO 24 ANOS
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 02/04/2020, COM
DIAGNÓSTICO DE FX DISTAL DE FEMUR D E NO DIA
02/04/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OSTEOSSÍNTESE DE FX DISTAL DE DEMUR D SENDO
OPERADO PELO DOUTOR CARLOS HENRIQUE E P/ DR 0
RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA 06/04/2020 ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM **04 (QUATRO) SEMANAS**, COM O
DOUTOR CARLOS HENRIQUE.


ORIENTAÇÕES GERAIS:

1. **NÃO** PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES;
2. **TOMAR** MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO;
3. **NÃO** RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA;
4. QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE;
5. **NÃO** PERDER RETORNO AMBULATORIAL;
6. **AGENDAR** CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RAIOS X COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. VITOR MONTENEGRO

segunda-feira, 6 de abril de 2020

Dr. Lael dos Santos da Silva
Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR 2015



0062263-0

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Registro Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 003272277
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	06/08/2019	651	523,28

RONALDO DOS SANTOS LIMA
R. SEBASTIAO ARI PAIVA 441 - SERVIÇO LÍQUIDO
CPF: 00038196743220
CEP: 69.314-358 - BOA VISTA
ROT: 11.001.19.09.676650

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	73075	Atual:	18/07/2019
Anterior:	72424	Anterior:	17/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	18/08/2019
Consumo Medido:	651	Emissão:	17/07/2019
Consumo Faturado:	651	Apresentação:	18/07/2019

Classe/Subclasse: NORMAL
Ligação: TRI
Número Medidor: E2906086
Posto: N 1420162
Código Fat: 3.1.3.3
Média 12 meses: 482

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19	238
MAI/19	587
ABR/19	653
MAR/19	596
FEV/19	520
JAN/19	380
DEZ/18	440
NOV/18	503
OUT/18	405
SET/18	226
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 651 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano: 06/2019
Valor R\$: 262,05

Fornece o fornecimento de energia elétrica a partir de 02/08/2019. Funcionamento das contas reavissadas nesta fatura, o não pagamento poderá gerar também a inclusão do nome do usuário na SEFAZ. Informamos ainda a existência de conta(s) pendente(s) e a reavisação(s) no valor de R\$ 497,75 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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


RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	127,88	Base de Cálculo:	497,75
Energia:	271,18	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	84,61
Encargos:	14,08	Valor do PIS:	0,00
Tributos:		Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
5,16			14,00			1,01

FLORESTA
ROT: 11.001.19.09.676650



0062263-0

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO: 0062263-0
MÊS FATURADO: 07/2019
Nº da Nota Fiscal: 003272277 FCM

TOTAL A PAGAR: R\$ 523,28
VENCIMENTO: 06/08/2019

8367000005 9 23280075000 1 0000000006 26300719008 9

SEQ.: 00182 UC: 0062263-0 DT. LEI: 18/07/2019 T. ENTR.: 07
LEITURA: 73075 NORMAL TOTAL: 523,28 CARGA: 019
DT. VENC.: 06/08/2019 RREG.: 000 COLETOR: 1221