

---

**Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200320973**

**Vítima: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA**

**Data do Acidente: 20/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA**

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

# 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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPE:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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 (vairasos)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 9281/2020 - Registrado em: 20/08/2020 às 12h 01min

**FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO**

Data/hora do Fato: 02/11/2019 às 19h 00min

**LOCAL DO FATO**

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: PA NOVA AMAZONIA

Nº: S/N

CEP:

Bairro: SAID SALOMÃO

Tipo de local: VIA RURAL

Referência: ESTRADA DO PA NOVA AMAZÔNIA

Complemento:

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

SAULO MESQUITA DE SOUSA(45), nascido(a) em 16/02/1975, sexo MASCULINO, união estável, CPF Nº 447.011.363-87, País: BRASIL, natural de MATIAS OLÍMPIO-PI, filho(a) de MARIA MESQUITA DE SOUSA e MANOEL SALVIANO DE SOUSA, endereço: CAPRICORNIO, cep: 69317-494, Nº: 790, bairro: CIDADE SATELITE, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99138-612.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

COMUNICO QUE DIA 02 DE NOVEMBRO DE 2019 APROXIMADAMENTE AS 19 HORAS IA NA BR174 SENTIDO PA NOVA AMAZÔNIA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA BIZ/125 ES DE PLACA: NAT0010 CHASSI: 9C2JA04208R027062 DE PROPRIEDADE DE IZAMA DE PINHO SOUSA, QUANDO AO ENTRAR NA ESTRADA DE CHÃO QUE LIGA AO PA NOVA AMAZÔNIA A MOTOCICLETA DERRAPOU NA PIÇARRA CAUSANDO O ACIDENTE. QUE DEVIDO O OCORRIDO SOFRI LESÕES CORPORAIS E QUE FUI SOCORRIDO POR TERCEIROS ATÉ O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA PARA ATENDIMENTO MÉDICO. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS  
DELEGADO DE POLÍCIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

ANTONIO J. DA CONCEIÇÃO  
POLICIAL CIVIL  
MATRÍCULA: 042000480  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

  
SAULO MESQUITA DE SOUSA  
COMUNICANTE

# 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: 4 - Nome completo da vítima:

44701136387

SAULO MESQUITA DE SOUSA

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

5 - Nome completo: 6 - CPE:

SAULO MESQUITA DE SOUSA

44701136387

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

CHEFE MANUTENÇÃO

R: CAPRICORNIO

700

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

BID. SATELITE

BOA VISTA

RR

69317494

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM

95991168367

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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 (ou 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 (ou nascos)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000067853-5

---

Nr. da Autenticação C5172CE9EF27DE40





RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.067.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 348/13

Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0114300-0

Nº DA NOTA FISCAL 5778141 FCAM\*  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE  
foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2020	01/09/2020	478	407,95

SAULO MESQUITA DE SOUSA  
CPF: 00044701136387  
R. CAPRICORNIO 790 - CIDADE SATELITE  
CEP: 69.317-494 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA			
Atual:	12/08/2020	Anterior:	14/07/2020
Emissão:	11/08/2020	Apresentação:	12/08/2020
		Próxima leitura:	11/09/2020
		Dias de consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	12EDB00757
		Faturamento	Modalidade
		NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (KWH)							
Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante	Resíduo	Medido	Faturado:	KWH	
						TOT/PTA	INJETADO
38666	38188	1,000		478	478		

DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	478 A R\$ 0,786015 = 375,71
CORRECAO MONETARIA IG 06/20-00	0,28
MULTA POR ATRASO DE I 06/20-00	0,74
JUROS DE MORA POR ATR 06/20-00	0,09
MULTA POR ATRASO 06/20-00	5,18
JUROS DE MORA DE IMPO 06/20-00	1,03
ILUMINACAO PUBLICA	24,92

OUTRA  
INFORMAÇÃO  
TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 478 - 0,617770

(R\$) CÍRCULO DE MEDIÇÃO

44 401 451 03 362 865 39 364 26 4 43 528 478

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 5241601

**ANTONIO LOPES DA S FILHO**

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>539180</b>	MÊS <b>05/2020</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>23-APR-20 a 21-MAY-20</b>
CONSUMO (kWh) <b>1141</b>	VENCIMENTO <b>17-JUN-20</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 932,19</b>

**OBSERVAÇÕES**

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO <b>539180</b>	MÊS <b>05/2020</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 932,19</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836800000090.321900750001.000000000539.918005200053



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 NUANA AMORIM DE S. NOPES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 2943163825, 15 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

SAULO MESQUITA DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 447011363, 87

do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDOS da Vítima SAULO M. DE SOUSA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 447011363, 87, 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: <u>R: SP. JACINTO SILVA</u>	Número: <u>359</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>BARANA</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>NUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL</u>	CEP: <u>69313572</u>	Tel (DDD): <u>9599116836</u>

Local e Data:

BOA VISTA, 25/08/2020

Assinatura do Declarante



1901181889 02/11/2019 20:17:49 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 18

Paciente SAULO MESQUITA DE SOUSA Data Nascimento 16/02/1975 Idade 44 A 8 M 14 D CNS 708205649368145 CPF 44701136387 Prontuário

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade

IDENTIDADE 16204239 SSP/RR 06/03/2009 M UNIAO BRANCA MATIAS OLIMPIO - PI BRASILEIRA

Mãe MARIA MESQUITA DE SOUSA Contato (95) 99113-8612

Endereço MANOEL SALVIANO DE SOUSA Ocupação TRABALHADOR DE RE

RUA - CAPRICORNIO - 790 - CIDADE SATELITE - 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 Caracter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

Sector GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol. Registrado por: LEANDRO

Queixa Principal ( ) Síndrome Febril ( ) Sintomático Respiratório ( ) Suspeita de Dengue

Queda de moto em estado de bom

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL

AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 20:23 h)

Paciente vítima de queda de moto relatando uso de cinto, não sofreu náuseas e vômitos, relata dor no abdômen, sofreu ainda com um lúbia esquerda e fratura proximal, além de dor em flanco esquerdo.

Exame Físico

Ausculta limpa; sem ruídos no pulmão.

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

(X) RAIO-X (X) ULTRA-SON ( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG ( ) OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Dipirona 1g EV

Tilatil 20mg EV

Thamul 50mg 7 EV com lentos

Soro fisio. 0.9% 100ml

Antônio A. S. Delmiro

CRM-RR 1099

Cirurgia Geral-ROL 511

Videolaparoscopia-ROL 511

Conduta

( ) Alta por Decisão Médica ( ) Ambulatório

( ) Alta a Pedido ( ) Observação (Até 24h)

( ) Alta a Revelia ( ) Internação

(X) Transferência para: Ortopedia Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não Destino: ( ) Família ( ) IML Anatomia Patológica / /

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: leandro Data Hora: 02/11/2019 20:19:13

1901181889

#Ortopedia

Dr. Jomaris

paciente vítima de acidente com motorista  
com fratura de rádio e ulna e

Shocker v...

pulsos periféricos palpáveis, tórax  
protegido...

CDI Solto TC + Tolo ignis  
moleto + Intenso e grave  
programação cirúrgica.

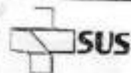
Dr. Jomaris  
Ortopedia

A

26.02.2020

Anexo I

BLOCO A



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

paciente submetido a oclusão  
de prótese fixa E

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As Acinas

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

Rx + exame físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

( ) CNS

( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050551

5821

W499

Alto 11.11.19



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Masc. ☐ 1Fem. ☐ 3

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - TELEFONE DE CONTATO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD, IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente vítima de acidente com projétil  
penetrando região de abdômen e fígado  
E

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As Acúria

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

Rx + exame físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

( ) CNS

( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO



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







401.2

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			 HGR Hospital Geral de Roraima
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
	PRESCRIÇÃO MÉDICA			

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	SAULO MESQUITA DE SOUSA		
DIAGNÓSTICO	FX DE PLATO TIBIAL E		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	401-2	DATA 03/11/2019
ITEM	HORÁRIO		
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS		
2	AVP		
3			
4	SSVV + CCGG 6/6H		
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H		
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA		
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N		
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN		
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
11	CURATIVO DIÁRIO		
12	TILATIL 20MG EV DE 12/12H		
13			
14			
15			
16			
<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),          CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;          351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE          50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>			

ECG

SND.  
manter.

rotina  
18 2/4 6

SN.

18 6

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.  
 # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, COM TALA EM MIE .  
 # PREVISÃO DE ALTA :



Dr. Iderson P. Silva  
 Médico  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RR 4733 RQE 676

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	137x93	70	sem relógio 36,3°C	
18 H	154x102	71	sem relógio 36,6°C	
24 H	140x102	75	sem relógio 37,1°C	

17:00 às 19:00h.  
 Realizado administração  
 das medicações de rotina  
 e aferição dos sinais vitais  
 Sinais vitais: PA=88x62 mmHg  
 FC=83 bpm  
 TA=35,2°C  
 Sinais vitais: PA=88x62 mmHg  
 FC=83 bpm  
 TA=35,2°C  
 Sinais vitais: PA=88x62 mmHg  
 FC=83 bpm  
 TA=35,2°C

PA=88x62 mmHg  
 FC=83 bpm  
 TA=35,2°C

401-2

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			 HGR Hospital Geral de Roraima
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
	PRESCRIÇÃO MÉDICA			

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	SAULO MESQUITA DE SOUSA		
DIAGNÓSTICO	FX DE PLATO TIBIAL E		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	401-2	DATA
ITEM			HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS		SV
2	AVP		
3			R. Almeida
4	SSVV + CCGG 6/6H		
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H		12.45
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA		
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N		SV
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN		
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		SV
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
11	CURATIVO DIÁRIO		18.00
12	TILATIL 20MG EV DE 12/12H		
13			
14			
15			
16			
<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ; 351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, COM TALA EM ME

# PREVISÃO DE ALTA:

*João R. de A.*

*Dr. Augusto Cavalcante*  
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	135/83	EC	FR	36°	
12 H	137/91	69	19	36,8°	
18 H	130/89	72	20	36,4°	
24 H	140/88	70	20	36,6°	

Das 13 as 19 Hs. Administrado medicação e aferido SSVV de hercânio. Paciente em repouso no leito, sem queixas até o momento

*aux. Leci.*

06:00 - Pd. no Lito, comitro, 1  
 chuido SSVV, 135/83

*Bianca B. de Araújo*

*Prati Sig...*  
 Aux. de Enferm. ...  
 CORE-RR 292.574-AUX



GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

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

HG  
Hospital Geral  
de Roraima

4101  
2

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE SAULO MESQUITA DE SOUSA						
DIAGNÓSTICO FX DE PLATO TIBIAL E						
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE		LEITO		DATA		
ÍTEM		401-2		06/11/2019		
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS					HORÁRIO
2	AVP					manhã
3						
4	SSVV + ÇCGG 6/6H					SSVV
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H					42x8/46
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N					
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN					
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SSV
11	CURATIVO DIÁRIO					PAO
12	TILATIL 20MG EV DE 12/12H					18.0
13						
14						
15						
16						
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, COM TALA EM MIE.

# PREVISÃO DE ALTA:

Dextro 21:50H  
779 22/1/21

SSVV 6H  
PA 760/170  
SC 64  
+ 36,1

Mirovao S.C. Bueno  
R. de Enfermagem  
COREN 1142477

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120/80	76	17	
18 H	144/86	63	25.6	
24 H	756/100	64	36,1	

18:00: Realizada medicação  
de horário e SSV

COREN 986952





GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

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



401  
2

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE SAULO MESQUITA DE SOUSA					
DIAGNÓSTICO FX DE PLATO TIBIAL E					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM				05/11/2019	
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS				
2	AVP				
3					
4	SSVV + CCGG 6/6H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
13	<i>Solicitação de Injeção Analgésica</i>				
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, COM TALA EM MIE.

# PREVISÃO DE ALTA:

*Carlos Henrique da Rosa*  
Médico  
CRM-RR 463

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	127/84	72	20	36,4	
18 H	133/84	61	18	35,6	
24 H	121/80	71	19	35,6	

*sem med. p.m + ssw +  
cuidados de enfermagem -  
relevar*



ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: Sigulo Marquitta de Sousa  
NOME: 44  
IDADE: 44 REGISTRO:   
BLOCO:  ENFERMARIA:  LEITO: 401-2  
UTI:  EMERGÊNCIA:

DE: Ortopedia

PARA: Cardiologia

Dados Clínicos:

paciente DMII, Hipertensão,  
com fratura de platô  
f. hum E. Rino Cirurgico

6.11.19  
Data

Dr. Augusto Cavalcante  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1884

13:39



Respondido no anterior!

07.11.19  
Data

Dr. Ana Carolina  
Cardiologia-Esp.  
CRM-RR 200  
Médico



401-2

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				 HGR Hospital Geral de Roraima
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
	PRESCRIÇÃO MÉDICA				

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

PACIENTE	SAULO MESQUITA DE SOUSA
----------	-------------------------

DIAGNÓSTICO	FX DE PLATO TIBIAL E
-------------	----------------------

ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA
ITEM		09/11/2019

ITEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DM E HAS	
2	AVP	
3		
4	SSVV + CCGG 6/6H	
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN	
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN	
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
11	CURATIVO DIÁRIO	
12		
13	CONTROLE RIGOROSO DE GLICEMIA CAPILAR 6/6H	
14		
15		
16		
<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.  
 # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, COM TALA EM MIE .  
 # PREVISÃO DE ALTA :

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR		
12 H	140x86	76		35.8	
18 H	152x103	66		35.8	
24 H	128x84	68	18	36.3	

23h - Dextro 125mg (125mg/100ml). Reg.

OBS: segue prescrição do Dr. Everson Muxissipa

Everson Muxissipa  
 ORTOPEDIA  
 12/11/2019

# PRESCRIÇÃO MÉDICA – SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA ORTOPÉDICA



SETOR: PAAR	ENF: 401	LT: 02	DN:	DI/HGR:
PACIENTE: SAULO MESQUITA DE SOUSA				
HD: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO				
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO		
09/11/2019	1. DIETA ORAL P/ HAS E DM	5x3		
	2. AVP	manhã		
	3. SF 0,9% 500ML 6/6H S/N	5x3		
	4. DIPIRONA 1G EV 6/6H	12h, 18h, 24h		
	5. TILATIL 20mg EV de 12/12h	10h, 18h		
	6. AAS 100mg 1 comp VO após o almoço	14h		
	7. Ablok plus 1 comp VO após o almoço	14h		
C/ paciente	8. Espironolactona 1 comp VO 2x ao dia	22h, 10h		
	9. Sinvastatina 1 comp VO à noite	22h, 10h		
	10. TRAMAL 100MG EV de 8/8H SE DOR INTENSA	5x3		
	11. DRAMIN 1AMP IM 8/8 horas S/N	14h		
	12. CLEXANE 40MG SC 1X DIA	5x3		
	13. SIMETICONA 40GOTAS OU ICP VO 8/8H S/N	5x3		
	14. Captopril 25mg VO se PAS > 160 e/ou PAD > 110mmHg	5x3		
	15. DEXTRO DE 6/6H E CORREÇÃO CONFORME ESQUEMA	14h, 18h, 24h		
	16. CCGG + SSVV	14h, 18h, 24h		

ANEXO P.R. 170/102-Mg Paciente 10x, 10x de 10mg  
 09 NOV 2019  
 09 NOV 2019

18h não tem o item 3 de 20mg na prescrição, por tem de 40mg. Paciente não segue os horários da prescrição, ele tem o controle dos horários das medicações (VO) Ave. Ed. Difini

paciente vítima de acidente de trânsito há 7 dias, com fratura de platô tibial esquerdo, refere dor no local da fratura ontem diária. Apresentou nos controles de enfermagem níveis pressóricos elevados, restante dos sinais vitais estáveis. Funções fisiológicas mantidas. Aceita bem a dieta ofertada por via oral. Nega náuseas e vômitos. Exames do dia 08.11: leuc. 13.5, cri. 3.98 lit. 38,10% plq 251000, creat. 1.08 uréia 42,47 per 47.50  
 CD: Manutenção suporte clínico. Aguardando risco cirúrgico

## ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

Até 200: 0		301 – 350: 06 UI		
201 – 250: 02 UI		351 – 400: 08 UI		
251 – 300: 04 UI		> 401: 10 UI Chamar Plantonista		
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL				
REGISTRO DE ENFERMAGEM				
SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS				
Horário	06h	11h	17h	23h
PA	147/30	130/30	170/102	130/85
FC	63	61	64	65
Tax	36,3	36,6°C	35,8°C	36
FR				
Evacuação				
Diurese				
Dextro	1	142 mg	154 mg	
Insulina Regular				
SNG				
Dreno				

A

26.02.2020

Anexo I

BLOCO A



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Masc. ☐ 1Fem. ☐ 3

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - TELEFONE DE CONTATO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº DO BILHETE

36 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CHAE DA EMPRESA

40 - CBOR

41 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050551

5821

W499





SUS

Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

2 - CNES

231965-9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

4 - CNES

231965-9

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

SAULO MESQUITA DE SOUSA

6 - Nº. DO PRONTUÁRIO

00176614

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

708205649368145

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/02/1975

9 - SEXO

1 - Masculino

10 - RAÇA / COR

BRANCA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA MESQUITA DE SOUSA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

SAULO MESQUITA DE SOUSA

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA: CAPRICORNIO - 790 - - CIDADE SATELITE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BOA VISTA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

140010

18 - UF

RR

19 - CEP

69.317-494

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

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 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

CIRURGIA GERAL

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVO

31 - DOCUMENTO

C. N. S.

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

201551414940005

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

VITOR MANUEL MONTENEGRO DA COSTA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/02/2020

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

Dr. Vitor Montenegro  
MONTENEGRO  
VITOR MANUEL MONTENEGRO DA COSTA

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº. DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO☐ EMPREGADOR☐ AUTÔNOMO☐ DESEMPREGADO☐ APOSENTADO☐ NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

## AUTORIZAÇÃO

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

☐ CNS ☐ CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 24.2.20 O.S. \_\_\_\_\_

Saulo Merquês  
de Sampaio

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) paciente em DDH sob sedação leve
- 2) Anestesia e antiespasmódico
- 3) Colocação de corpos estranhos
- 4) Incisão ovaloidal e proleto. medial de joelho e com divisão por plano de Lord de joelho, recheio osteossintético em região medial com colocação de placa de 20 medial e lateral com 5 parafusos cada com 9 parafusos sendo 3 parafusos por recheio crural de joelho, obs: o bagem do joelho não demonstrava lesão em LCL.
- 5) LSC com 5x0,9% + sutura por planos com Vicryl e Nylon
- 6) curativo
- 7) DR e RPN

Dr. Vitor Romão  
Traumatologista  
CRM: 143.883-0





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Potimela dos Brasileiros"

# FICHA DE ANESTESIA

Sauro Mesquita de Souza

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº																										
14:00 15:00		24.07.2020																										
AGENTES	<table border="1"> <tr> <td>N 20</td> <td>15</td> <td>30</td> <td>45</td> <td>15</td> <td>30</td> <td>45</td> <td>15</td> <td>30</td> <td>45</td> <td>15</td> <td>30</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td colspan="12">[Handwritten wave pattern]</td> </tr> </table>		N 20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	02	[Handwritten wave pattern]											
N 20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45																
02	[Handwritten wave pattern]																											
LÍQUIDOS VENOSOS	<table border="1"> <tr> <td>A</td> <td>M</td> <td>SE</td> <td>SE</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>E</td> <td>500</td> <td>500</td> </tr> <tr> <td>P</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		A	M	SE	SE	V	E	500	500	P																	
A	M	SE	SE																									
V	E	500	500																									
P																												
DA	ECG, FC, PNI, SPO2																											
X																												
ALSO																												
ANES	<table border="1"> <tr> <td>34</td> <td>180</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>32</td> <td>160</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		34	180	100	100	100	32	160																			
34	180	100	100	100																								
32	160																											
X																												
CP																												
O																												
TEMP	<table border="1"> <tr> <td>120</td> <td>[Handwritten wave pattern]</td> </tr> <tr> <td>100</td> <td></td> </tr> </table>		120	[Handwritten wave pattern]	100																							
120	[Handwritten wave pattern]																											
100																												
ASPIR																												
A																												
RESP	<table border="1"> <tr> <td>60</td> <td>[Handwritten wave pattern]</td> </tr> <tr> <td>40</td> <td></td> </tr> </table>		60	[Handwritten wave pattern]	40																							
60	[Handwritten wave pattern]																											
40																												
O																												
Expost	<table border="1"> <tr> <td>[Handwritten wave pattern]</td> </tr> </table>		[Handwritten wave pattern]																									
[Handwritten wave pattern]																												
Assist																												
Contro																												
SUBSOLOS	<table border="1"> <tr> <td>K 0</td> <td></td> </tr> </table>		K 0																									
K 0																												
AGENTES	DOSES	TÉCNICA																										
A. SUBCUTANEA 0,5%		RAQUIDIANESTESIA LOMBAR																										
B. 12mg		PRÉ-MEDICAÇÃO SIMPLES																										
C.		PUNÇÃO COM AGULHA																										
D.		QUICKER 2,5 E,																										
E.		SEM INTENÇÃO DE ANESTESIA																										
F.																												
G.																												
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Nasal / Orofaríngea																										
ADOC		Nasal / Orofaríngea - Cópia																										
SANGUE		Ent - Temp - Calibre do Tubo																										
SE 0,5% 1500ml		Ent - Mucosa																										
		Dificuldade Técnica NÃO																										
TOTAL	1500ml	TEMPO DE ANESTESIA																										
OPERAÇÃO	OSTEOSSÍNTese DE FIBULA DE PUNTO TIBIAL (E)																											
ANESTESIA	Dr. Fabiano																											
	Dr. Emerson R.																											
CÓDIGO	Dr. Vitor																											
PERDA SANGÜÍNEA	Dr. Leonardo																											
	CONTINÚA																											

Alberto F.M. Herrera  
Médico-Anestesiologista  
CRM 307/RR



OK

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE  
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		45 a	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Saulo Mesquita de Sousa		117-03			24 / 02 / 2020
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Osteossíntese de platô tibial (L)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		14:33	16:00		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
Vitor Montenegro		ANESTESISTA:		Fabian	
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		Rai Overson	
Leonardo		INSTRUMENTADOR			
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
Rai Fernando /		Olyângela / Raimundo			
TIPO DE ANESTESIA: Sedação + Raqui		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
117	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		117	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO - 500 ml	
7	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
12	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.0 Ataduras (rapou) (30m)			FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M/G)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL Agulha 40x12	
100	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSE Linhas Vinil (P)	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM PUPJ	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
	Elétricos			OUTROS: Clorocidina 2l	
	Cadeira de O2			100ml Alcool à 70%	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		VALOR
		Luciano / Selange			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	SUB- TOTAL		
			TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

ESTADO DE RORAIMA

**"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"**

### CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia		Procedimento Realizado: Osteossíntese de platis ilíaca (E)	
Nome do Paciente: Saulo Mesquita de Sousa		IDADE: 45 a	SEXO: F ( ) M (X)	Nº do Prontuário 176614	Data 24/02/2020
Bloco: A	Enfermaria: 107	Leito: 03	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Elizabeth / Reimundo	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: 2. Grandes fragmentos					
Dados dos materiais/Serviço					

Hospital Geral de Roraima (X)		Dados Adicionais:		Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM			QUANT
01	Placa DCP Esférica - 05 furos H			
02	Parafuso Cortical Ø 4,5 - 34 mm 9			02
03	"	"	" - 38 mm 0	01
04	"	"	" - 42 mm H	02
05	"	"	" - 44 mm H	01
06	"	"	" - 46 mm H	01
07	Parafuso Esponjoso R. 32 - 60 mm H			01
08	"	"	" - 70 mm H	01
09	"	"	" - 75 mm H	01

MÉDICO CIRURGIÃO: Walter W. Mendes 1º AUXILIAR: Leonardo Rabelo  
INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_  
Empresa ( ) \_\_\_\_\_ Nome da Empresa: SIRIUS ( ) / SINTESE ( ) / QUANTUM ( )  
ATHENA ( ) / MACON ( ) \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_ 1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2° OPME/CME

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

OPMG





HA's com um do paciente 28

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA  
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Souza Marquino de Souza

Data de Nascimento: 16/02/1975 Idade: 45a

Sector/Leito: A-117-3

Data: 24/02/2020

Termo de Consentimento Cirúrgico: ( ) Sim (X) Não

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

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA							
Cirurgia Proposta:	Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRE-TE	DOR 0/10	
<u>Facilidade de Acesso</u>	<u>13:30</u>	<u>14:05</u>	<u>14:33</u>			<u>Raquet + Sonda</u>	<u>Localização</u>	<u>0'</u>							
1. Informações: Jejum <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Prótese <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Exames <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Reserva UTI <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Lateralidade <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não PNE <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Alergia <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: Reserva de Hemoderivado: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Outros:	<u>de acesso</u>	<u>Raquet + Sonda</u>	<u>Antibiótico</u>	<u>Hemoderivados</u>	<u>CH:</u>	<u>1. Sonda</u> <u>2. Curativo</u> <u>3. Dreno</u> <u>4. Acesso venoso</u> <u>5. Outros:</u>	<u>Localização</u>	<u>15'</u>		<u>64</u>	<u>100</u>	<u>95</u>			
2. Chegou ao Centro Cirúrgico: <input checked="" type="checkbox"/> Deambulando <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Com Suporte de O2 <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Agitado	<u>13:30</u>	<u>14:05</u>	<u>14:33</u>			<u>Localização</u>	<u>Localização</u>	<u>30'</u>							
3. Sinais Vitais: T <u>36.5</u> °C R <u>15</u> rpm FC <u>95</u> bpm PA <u>130x70</u> mmHg SAT <u>99</u> % <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	<u>13:30</u>	<u>14:05</u>	<u>14:33</u>			<u>Localização</u>	<u>Localização</u>	<u>45'</u>							
4. Anotações (Admissão do Paciente): <u>Paciente admitido no C.C. para</u> <u>realização de</u> <u>de acesso</u> <u>de acesso</u> <u>de acesso</u> <u>de acesso</u>	<u>13:30</u>	<u>14:05</u>	<u>14:33</u>			<u>Localização</u>	<u>Localização</u>	<u>1h</u>							
BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)				BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)				BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)							
Entrada				Saída				Saída							
Medicação	CH	SNV/Volume	Dreno/Qual	Hora	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Outros	Medicação	CH	SNV/Volume	Dreno/Qual	Hora	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Outros
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)															
<u>26.15h. Admitido na sala de cirurgia, em posição supina. Plac. + 02 sonda</u> <u>de acesso. Em uso de curativo e fio + 02 sonda</u> <u>de acesso. Em uso de curativo e fio + 02 sonda</u> <u>de acesso. Em uso de curativo e fio + 02 sonda</u>															
Destino: <input checked="" type="checkbox"/> SRPA ( ) UTI ( ) outros: <u>Receita</u>															

Enfermeira: Enfermeira

COREN 254.154/RR

Enfermeiro (a): Solange CarvalhoHora: 13:30 Data: 24/02/2020

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		HORÁRIO E CHECKAGEM
( ) Risco de Queda Prevenir queda	( ) Manter grades elevada na RPA			
( ) Risco de Broncoaspiração Prevenir Broncoaspiração	( ) Monitor nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutir na RPA			
(X) Risco de Infecção Prevenir infecção evitável	(X) Observar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos (X) Monitorar sinais e sintomas de infecção ( edema, hiperemia, calor, rubor e hipertermia)			13:30 14:30 15:30
( ) Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos Manter o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido – básico	( ) Monitorar temperatura e comunicar alterações ( ) Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese)			
( ) Risco de Glicemia Instável Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia	( ) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca) ( ) Realizar controle de débito de glicemia capilar, se prescrito. Comunicar se abaixo de 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl			
(X) Integridade da pele prejudicada Propiciar a recuperação adequada da pele	(X) Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações (X) Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / secreções			13:30 e 14:30
(X) Mobilidade Física prejudicada	(X) Proporcionar alinhamento do corpo do paciente			13:30 e 14:30
(X) Dor aguda Controlar a dor e promover conforto	(X) Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração) (X) Administrar medicação conforme prescrição médica			13:30 e 14:30
( ) Padrão Respiratório Ineficaz Proporcionar troca gasosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas	( ) Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar ( ) Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica			
(X) Náuseas Controlar / Ausência de náusea	( ) Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas ( ) Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição			13:30
(X) Ansiedade Controlar de ansiedade	( ) Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente			13:30, 14:30 e 15:30
( ) Confusão Aguda / Crônica	( ) Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente			
( ) Comunicação Verbal prejudicada	( ) Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós-operatório			

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

13:30 24/02/2020

Adm na Sala 4 para procedimento eletro de fratura de Tibia (E) posicionado AP em MSE (Saco 16), posicionado em decúbito dorsal, monitorizado, quando necessário a equipe técnica para iniciar os procedimentos, parâmetros: PA: 115 x 100 FC: 82, SpO2 99%,

14:05 realizado toque anal, ganchoado ME as 14:16 min. Responsável: 375-174

14:33 realizado toque anal, ganchoado ME as 14:33 min. Responsável: 375-174

15:30 realizado toque anal, ganchoado ME as 15:30 min. Responsável: 375-174



## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome Saulo Marques da Silva  
Responsável Cirurgião

Anestesta Dr. Fabiano

### ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade  
☒ Sítio Cirúrgico  
☒ Procedimento  
Consentimento ☒ Sim ☐ Não

### RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica ☐ Não se Aplica

### SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

### VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

### O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não ☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Dr. Eduardo  
20/07/2020

Assinatura

Data 24/03/2020 Hora: 14:30

### PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente  
☒ Sítio cirúrgico  
☒ Procedimento

### EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica  
☒ Sim,

Qual: Ceftriaxona 1g Hora: 14:30

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim ☐ Não se aplica

### SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☒ Não

☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM

PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

375.129

Assinatura e Carimbo



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	SAULO MESQUITA DE SOUSA				
AGNÓSTICO	FX PLATO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	117-3	DATA	25/02/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				J/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Mgiter
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN				J/N
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				J/N
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR I				J/N
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				J/N
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				J/N
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				J/N
9	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				J/N
10					
11					
12					
13	Clindamicina 600mg EV VO de 6/6h				12 18 24
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				J/N
17	SSVV + CCGG 6/6 H				12 18 24
18	CURATIVO DIÁRIO				12 18 24
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:  
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70  
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

*paciente se recupera bem  
de pós cirurgia, sem  
necessidade de medicação.*

SINAIS VITAIS				DR. PEDRO DE SOUZA FAUSTO MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - RR 2028
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120/70	75	36	
18 H	120/70	80	36	
24 H				

06h: 120/70 63

36



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Paulo Henrique de Souza ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 22.06.10, COM  
DIAGNÓSTICO DE fratura de fêmur

NO DIA 24.06.10, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
osteossíntese SENDO

OPERADO PELO DR. Henrique E DR. Vitor

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 24.06.10, ÀS 10:00, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 24.06.10, ÀS 10:00, COM O  
DR. 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 RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Vitor

BOA VISTA, 20.06.10

Dr. Pedro de S. Fausto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RORAIMA  
MÉDICO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	80.232
DATA DE EXPEDIÇÃO	17/07/2002
NOME	LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
FILIAÇÃO	ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM
NATURALIDADE	BOA VISTA-RR
DATA DE NASCIMENTO	14/03/1971
DOC ORIGEM	CC-3766 F.260 L.B-12 BOA VISTA-RR.
CPF	294316382 - 15
<i>Ramiro Francisco da Silva Junior</i> ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.116 DE 28/08/93	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA	
 MODELO DIREITO	
<i>Luana Amorim</i> ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200320973 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA **Data do acidente:** 20/07/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA SUBTROCANTÉRICA E SUPRACONDILIANA DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACAS E PARAFUSOS, EVOLUIU COM OSTEOMIELITE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁGINAS 01, 44, 141, 147, 148, 149, 150 E 152.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246608/20

**Vítima:** SAULO MESQUITA DE SOUSA

**CPF:** 447.011.363-87

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

**Data do acidente:** 02/11/2019

**Titular do CPF:** SAULO MESQUITA DE SOUSA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

### SAULO MESQUITA DE SOUSA : 447.011.363-87

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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: 01/09/2020  
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES  
CPF: 294.316.382-15

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/09/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

\_\_\_\_\_  
LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

\_\_\_\_\_  
SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

**Nome:** SAULO MESQUITA DE SOUSA

**Identidade:** 389701-0 SSP/RR **CPF:** 447.011.363-87

**Naturalidade:** MATIAS OLÍMPIO/PI **Nacionalidade:** BRASILEIRO

**Estado Civil:** UNIÃO ESTÁVEL

**Endereço:** RUA CAPRICORNIO, 790 – CIDADE SATÉLITE / CEP: 69.317-494

### OUTORGADO:

**Nome:** LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

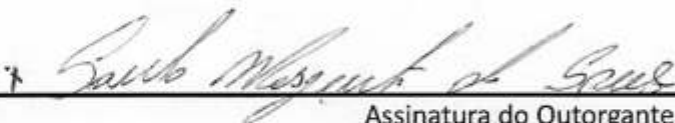
**Nacionalidade:** BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

**Profissão:** FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR **CPF:** 294.316.382-15

**Endereço:** RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT ; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; HOSPITAL DAS CLÍNICAS; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 20 de agosto de 2020.



Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA

Identidade: 468077-4 SSP/RR CPF: 053.316.052-90

Naturalidade: BOA VISTA/RR Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Endereço: RUA LINHA FINA, 289 – JOQUEI CLUBE /CEP: 69.313-038

### OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA Identidade: 80232 SSP/RR CPF: 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT ; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; HOSPITAL DAS CLÍNICAS; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 15 de agosto de 2020.



Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0252423/20

**Vítima:** GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA

**CPF:** 053.316.052-90

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

**Data do acidente:** 20/07/2019

**Titular do CPF:** GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

### GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA : 053.316.052-90

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](http://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: 08/09/2020  
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES  
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/09/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246551/20

**Vítima:** GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA

**CPF:** 053.316.052-90

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

**Data do acidente:** 20/07/2019

**Titular do CPF:** GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

### GABRIEL CAVALCANTE BARBOSA : 053.316.052-90

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](http://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: 01/09/2020  
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES  
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/09/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO