
Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200194745

Vítima: RISIANE PEREIRA DE SA

Data do Acidente: 03/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RISIANE PEREIRA DE SA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200194745

Vítima: RISIANE PEREIRA DE SA

Data do Acidente: 03/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RISIANE PEREIRA DE SA

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\$ 2.362,50

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

Recebedor: **RISIANE PEREIRA DE SA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **341**

Agência: **000006953**

Conta: **0000027538-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

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: 000.511.572-89 Rissiane Pereira de Sá

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

5 - Nome completo: Rissiane Pereira de Sá 6 - CPF: 000.511.572-89
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: R. Belo Horizonte 9 - Número: 740 10 - Complemento:
11 - Bairro: Nova cidade 12 - Cidade: Bealito 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-214
15 - E-mail: ILOI.RRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95)98404-5368

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 27538 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Bealito - RR, 28/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RISIANE PEREIRA DE SA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000027538-2

Autenticação:

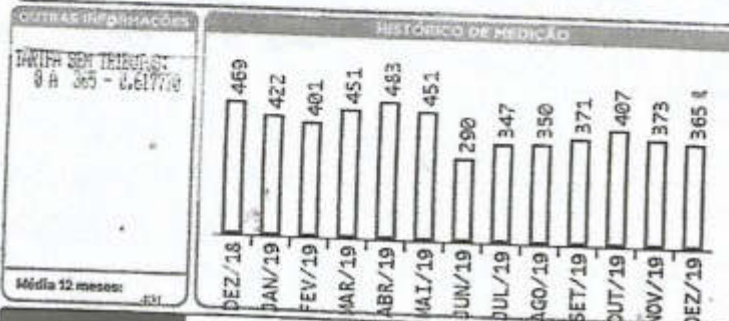
4BF4CCB3F3A905B9FAC7AFC441D362798C0DC401FBD338305B0809946F4E51E6

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2019	11/01/2020	365	311,93

FRANCISCA NEYRE DE VASCONCELOS LIMA
R. BELÔ HORIZONTE 740 - NOVA CIDADE
CEP: 69.316-214 - BOA VISTA
CPF: 00023122811200

DADOS DA LEITURA (KWh)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 14341	Atual: 06-12-2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 12976	Anterior: 06-11-2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 30	Próxima leitura: 01-01-2020	Ligação: RUFENICA
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 06-12-2019	Número Medidor: 15TUB01191
Consumo medido: 065	Apresentação: 06-12-2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 365		Modalidade: L 1521201

DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	365 A R\$ 0,760131 = 277,44
MULTA POR ATRASO DE 10/19-00	0,82
MULTA POR ATRASO 10/19-00	6,24
JUROS DE MORA DE IMPO 10/19-00	0,10
ILUMINACAO PUBLICA	27,33



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO 2,12% NEGOTIADO - SEM ANUO - 01/01/2020 DE 01/01/2019.

Parabéns! Até o dia 05/12/2019, não constamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO D443.F8CE.848A.6470.4227.34FZ.0F06.F032

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia: 150,47	Encargos: 0,54	Base de Cálculo: 277,44	ALÍQUOTA VALOR
Transmissão: 0,01	Tributos: 51,99	ICMS: 17,00%	47,16
		PIS: 0,30%	0,84
		COFINS: 1,42%	3,95

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIO			FIC			DMC	DIOI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Límite	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
Realizado	0,36			1,00			0,36	

Conteúdo DIO-RR110 Período de apuração: 10/2019 R\$ 133,53

ROT: 15.001.23.02.438000



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garças, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série S-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ 305/13

Nº da Nota Fiscal 4872055

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2020	11/04/2020	389	365,12

CPF: 00038305151204

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO GALVAO 1832 - BURITIS
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

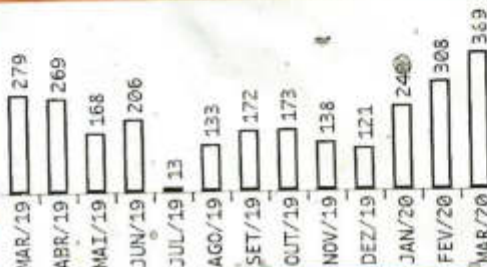
DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 551 Anterior: 549 Dias de consumo: 02 Constante de Multiplicação: 1,000 Consumo medido: 389 Consumo Faturado: 389	Atual: 25/03/2020 Anterior: 21/02/2020 Próxima leitura: 25/04/2020 Emissão: 24/03/2020 Apresentação: 25/03/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL Ligação: BIFASICA Número Medidor: TDE1910504 Forma de Faturamento: NORMAL Modalidade: N 151984

DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	389 A R\$ 0,764425 = 297,36
CORRECAO MONETARIA DA IL (3X)	0,68
CORRECAO MONETARIA IGPM (3X)	3,47
MULTA POR ATRASO DE IL (3X)	6,31
JUROS DE MORA POR ATRASO (3X)	1,08
MULTA POR ATRASO (3X)	10,36
JUROS DE MORA DE IMPORTE (3X)	3,74
ILUMINACAO PUBLICA	42,12

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 389 - R\$ 6.177,70

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 16.11.16.21.26
Parabéns! Até o dia 24/03/2020, não constam faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 674C.73E7.03C1.B94F.E49C.9AP8.5234.CB98

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
		Base de Cálculo	VALOR
Energia:	160,60	ICMS:	17,20%
Distribuição:	70,43	PIS:	0,30%
Transmissão:	0,00	COFINS:	1,75%
			5,34

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	FLORESTA			Período de apuração: 01/2020			BURD:	74,44

ROT: 5.001.12.04.021730

RORAIMA ENERGIA

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Garças, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0109029-1

MÊS FATURADO

03/2020

TOTAL A PAGAR - R\$

365,12

VENCIMENTO

11/04/2020

Nº da Nota Fiscal: 4872055

FCAM*

83660000003 5 65120075000 8 00000000109 9 02910320008 4



SEQ.: 0000 UC: 0109029-1 DT. LEIT.: 25/03/2020 T. ENTR.: 04
LEITURA: 937 NORMAL TOTAL: 365,12 CARGA: 00
VFNC.: 11/04/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 40

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO

CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA



DNC IDENTIDADE (RG CLASSIFICAR)
114807 SSD RJL

CPF
383.051.512-04

DATA DO NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO

ACC

CATIMA

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
20/01/2020

1ª HABITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616

RR207968020

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO TITULAR

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao CLAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.13/98.

Pelo exposto, eu Glair Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Risiane Pereira de Sá

inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.511.572 / 84

do sinistro de DPVAT cobertura:

Invalidez

da Vítima

Risiane Pereira de Sá

inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.511.572 / 84, 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: Rua: Antônio P. Galvão

Número: 1832

Complemento:

Bairro: Buritis

Cidade: Boca Vista

Estado: RR

CEP: 69.309-209

E-mail:

ILDIRRR@HOTMAIL.COM

Tel.(DDD):

(95)98404-5368

Local e Data: Boca Vista - RR, 28/05/2020

Assinatura do Declarante

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

Resumo de Alta

NOME: ROSEANE PEREIRA DE SÁ
DATA INTERNAÇÃO: 21/02/2020
DATA DE ALTA: 26/02/2020
DIAG: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO

Paciente deu entrada no HGR no dia 21/02/2020, com fratura de fêmur esquerdo.

No dia 24/02/2020 foi submetida a tratamento cirúrgico com osteossíntese de fêmur esquerdo, pelo Dr Marcus brunner e Dr Fernando

Recebe alta em BEG, LOTE, eupneica em AA, sem queixas. Encaminhada para fazer Curativo diário em Posto de saúde, com retorno marcado com ortopedista no hospital Coronel Mota no dia / / , com Dr. Marcus Brunner.

Boa Vista, 26 de Fevereiro de 2020.

Dr. Pedro Di Giovanni
Especialista Traumatologia
Rég. 6615 / 2010

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR Tel: (95)2121-0615



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

1ª Classificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

2001205127

03/01/2020 19:00:37

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 5

Paciente

RISIANE PEREIRA DE SA

Data Nascimento

16/05/1988

Idade

31 A 7 M 18 D

CNS

708002828532720

CPF

00051157284

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

IDENTIDADE 3109798

SSP-RR

28/11/2003

F

CASADO(A) PARDA

BOA VISTA - RR

BRASILEIRA

Mãe

RAIMUNDA DA SILVA PEREIRA

JOSE CARNEIRO DE SA

Contato

(95) 99157-9696

Endereço

RUA - BELO HORIZONTE - 740 - NOVA CIDADE - BOA VISTA - RR

Ocupação
NÃO INFORMADA

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº 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

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Registrado por:

JACKSON SADOVSKI

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril☐ Sintomático-Respiratório☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA)

19:00h

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Rugan Viana de Souza

Médico

CRM-RR 2047

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☒ Transferência para:☐ Ambulatório☒ Observação (Até 48h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família

IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Givaggo Henrique

Médico

CRM/RR 1803

Impresso por: jackson.sadovski

Data Hora: 03/01/2020 19:01:33

2210
SISTEMA DE ATENDIMENTO
DO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
PAAR / PSFE



2001205127



BOLETIM OPERÁRIO

Data:

03/01/20

O.S.

Rissiane Pereira De Sz

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Ponte em D.D.H
- 2) Aspin e Intreper
- 3) Anestesia local
- 4) Liberação de crura transesquelética
- 5) Suturas



Vitor Paragá Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RS 1635
RQE: 610

Dr. Odinachi Okeni
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 185108



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Kisiane Pereira de Sa				03/10/20	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Tratamento ortopédico		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
fratura de fêmur E.		21:20	21:45		
amputação em joelho		EQUIPE MÉDICA			
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		1		
Dr. Polka	RES. ANESTESIA:		10: -		
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
	CIRCULANTE		Fátima, Cláudia		
AUXILIAR	TEMPO DE DURAÇÃO:				
TIPO DE ANESTESIA:		Local			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
2	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 20			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		1	SURGICEL citadura crepante 15cm	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML		1 fa	GEOFOAM xillocain 2%	
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA	
1	agulha 25x8			OUTROS:	
1	agulha 25x7			170ml álcool	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
	Solange	SUB- TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

transm: 09/01/2020



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

NVR

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

VIR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H-G-R

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Thysiane Perenz De Sa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

176871

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

208002828532720

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/05/88

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Raimunda da Silva Pereira

11 - TELEFONE DE CONTATO

95 99 1579 698

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Belo Horizonte 740 Nova Lidade

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

242

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente ♀ de 31 anos de idade com
fratura de fêmur (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Intoxicação

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

História + Exame físico + Radiografia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fratura fechada de fêmur (E)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame traqueostomia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Paracat

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/01/20

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

Dr. Odinei Okemi
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 185122

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

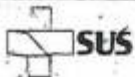
04/01/20

0308010019
5723 7068

Archer - 0400050098

V299

data: 26/02/20



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

BLOCO A

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

176871

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Masc. ☐ 1

Fem. ☒

11 - TELEFONE DE CONTATO

9599151969

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

140010

15 - UF

R 269316214

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente submetido a Otomirina
de fonoaudiólogo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As Actas

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

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CSOR

35 - () 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

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

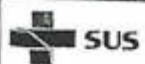
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

21/2/20

0408050519
5723

W499



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
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
RISIANE PEREIRA DE SA

6 - Nº. DO PRONTUÁRIO
00176871

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
708002828532720

8 - DATA DE NASCIMENTO
16/05/1988

9 - SEXO
3 - Feminino

10 - RAÇA / COR
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
RAIMUNDA DA SILVA PEREIRA

12 - TELEFONE DE CONTATO
(95) 99157-9696

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
RISIANE PEREIRA DE SA

14 - TELEFONE DE CONTATO
(95) 99157-9696

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA: BELO HORIZONTE - 740 - - NOVA CIDADE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
BOA VISTA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
140010

18 - UF
RR

19 - CEP
69.316-214

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

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
21/02/2020

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

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. CREA EMISSOR

52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

☐ CNS

☐ CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



HOSPITAL DAS CLÍNICAS Dr. WILSON FRANCO

RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA/HGR

DATA: 20/02/2002 *Boa Vista de 87*
PACIENTE: *Wiziane Romina de 87* DN: *1/1/1*
DIAGNÓSTICO(S): *fx trauma*

DIH: *1/1/1*
KANBAM: *Dieta:*
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA *1/1/1*): Hb: *12* Ht: *160* Ur: *10* Cr: *1.2*
Leuc: *12000* Seg: *10* Plaquetas: *150000*
Na: *135* K: *4.0* Ca: *10.0* Cl: *100*
HCO₃: *24* PH: *7.38* BE: *-2* PO₂: *95* PCO₂: *40*
EAS: *1*
CULTURAS (*1/1/1*): *1*

IMAGEM *1*
EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA *1/1/1*): Hb: *12* Ht: *160* Ur: *10* Cr: *1.2*
Leuc: *12000* Seg: *10* Plaquetas: *150000* Na: *135* K: *4.0* Ca: *10.0*
Cl: *100* HCO₃: *24* PH: *7.38* BE: *-2* PO₂: *95* PCO₂: *40*
EAS: *1*
IMAGEM *1*

ANTIBIÓTICO
USADO: *1*
JUSTIFICATIVA DE
ANTIBIÓTICO: *1*
EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS: *1*

TERAPIA INSTITUÍDA: *1*
EVOLUÇÃO CLÍNICA: *1*

Transferir ao HGR
Pl Cirurgia

Dr. Marcus Brunner
CRM RR 1917

20 de *02* de 20 *20* Hora: *1*

Assinatura/carimbo do Médico Assistente
Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/carimbo do Médico
CRM *1*



BOLETIM OPERÁRIO

Rasone Rêto
de Sa

Data: 21.02.20 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura de fêmur E displasia
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Estabilização de fêmur E
TIPO DE INTERVENÇÃO: _____
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
GNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Moritz Bauer 1º AUXILIAR: Fernando J
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTÉSISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) paciente em DPA sob sedação leve
- 2) Anestesia e A. Vascular
- 3) colocação de curtos e longos
- 4) Incisão em região lateral de coxa e
com dissecção por plano de fôss de
fêmur.
- 5) Redução cruenta de fratura com placa
DP 10 offens e 10. perfuro
- 6) LNK com 5 PD, 9%
- 7) Sutura por planos com Vicryl + Nylon
- 8) curativo
- 9) Ao RPD

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 1964

Dr. Marcelo Arruda
Ortopedista Traumatologista
CRM-PR 1233 / RQE: 550

ASSINADO ADMINISTRATIVAMENTE POR NA
PARTICIPANTE D. AJO

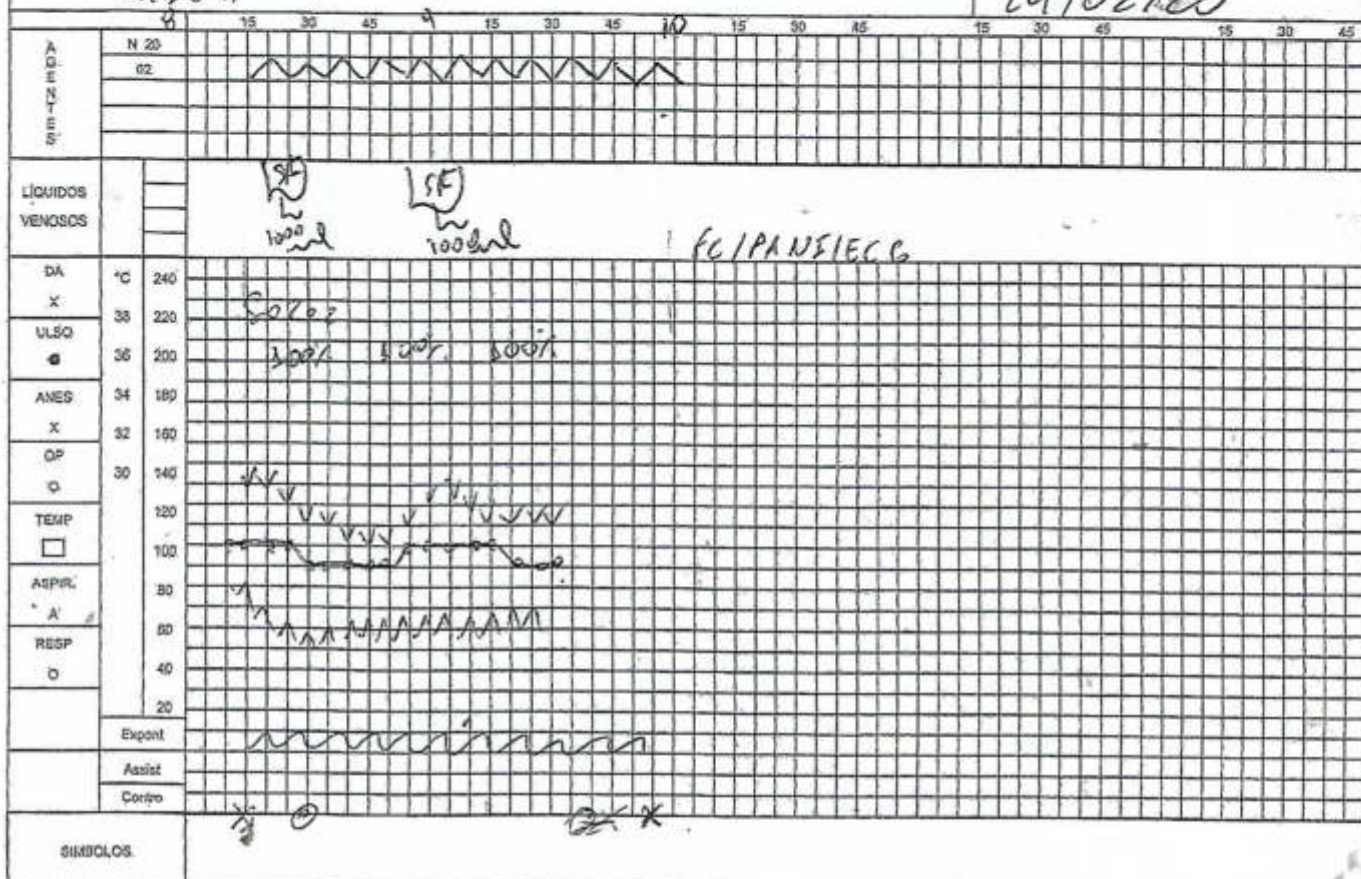


Assinatura: Assinatura 31e ASAF em con

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

ENT 100
M25 { *Sodipotesis*.

300 Lito na
24/02/20



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Propofol 200 mg / 15 ml	0,5 / 15 ml	<p>Procurar de Menor, Femoral Escavado + Bloqueio Anterior</p>	X Monitorização
B Hidrocolina 51 mg / 4 ml	4 ml		① Chocagem OK
C			② Venoclax OK USD § 38
D			③ Antiverga a reg. igual ⑤
E			com sical 70% + Infl. trax de Plom + Visuol. p. o nervo femoral guiado por USD conc. de Nervo com gelico 38
F			④ Injeção de 48 A+B. Após aspirar
G			
H			
I			
J			
K			
L			
M			
N			
O			
P			
Q			
R			
S			
T			
U			
V			
W			
X			
Y			
Z			
AA			
AB			
AC			
AD			
AE			
AF			
AG			
AH			
AI			
AJ			
AK			
AL			
AM			
AN			
AO			
AP			
AQ			
AR			
AS			
AT			
AU			
AV			
AW			
AX			
AY			
AZ			
BA			
BB			
BC			
BD			
BE			
BF			
BG			
BH			
BI			
BJ			
BK			
BL			
BM			
BN			
BO			
BP			
BQ			
BR			
BS			
BT			
BU			
BV			
BW			
BX			
BY			
BZ			
CA			
CB			
CC			
CD			
CE			
CF			
CG			
CH			
CI			
CJ			
CK			
CL			
CM			
CN			
CO			
CP			
CQ			
CR			
CS			
CT			
CU			
CV			
CW			
CX			
CY			
CZ			
DA			
DB			
DC			
DD			
DE			
DF			
DG			
DH			
DI			
DJ			
DK			
DL			
DM			
DN			
DO			
DP			
DQ			
DR			
DS			
DT			
DU			
DV			
DW			
DX			
DY			
DZ			
EA			
EB			
EC			
ED			
EE			

Res: General RU

Dr: Leuando

cos. negoc'ios pers. conjun.

⑤ *Athysanella* sp.

⑥ Dextranose 10 mg ✓

⑦ *Chelone* 5-γ 1V

② Etropfen 100 - 150

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		31a	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Risiane Pereira de Sá			121-05	176871	24 / 03 / 2020
CIRURGIA					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
Osteossíntese de fêmur (E)			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
			08:34	09:50	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		Fabian	
Marcos Brunner		RES. ANESTESIA:		R.: Emanuel	
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		Vankel	
Fernando		CIRCULANTE		Olívia Angela Garcia / Jélio	
2º AUXILIAR					
TIPO DE ANESTESIA: Raqui + BF + Sedação			TEMPO DE DURAÇÃO:		
Q. ANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO- 500ml	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5 <i>Apilha 40x12</i>		<input type="checkbox"/>	FIO VICRYL Nº 1	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0		<input type="checkbox"/>	FIO MONONYLON Nº 2.0	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº <i>Opus desc</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M/G)		± 100 cm	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº <i>Opus drapes</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº 22		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO CATGUT SIMPLES Nº <i>huras limil (P)</i>	
± 20 ml	DRENO DE SUÇÃO Nº <i>hidocaina 2l</i>		± 5 g	FIO CATGUT CROMADO Nº <i>hidocaina Opus 2</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX Nº <i>primunha 3v</i>		<input type="checkbox"/>	FIO PROLENE Nº <i>Bolsa coletora</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE Nº <i>Opus 18</i>		± 10 g	FIO SEDA Nº <i>Cilios condutores</i>	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 01ML		<input type="checkbox"/>	SURGICEL <i>Aduras Gepan (30cm)</i>	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 03ML <i>Equipo macrofis</i>		<input type="checkbox"/>	CERA P/ OSSO <i>S vesical Nº 141</i>	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML		<input type="checkbox"/>	KIT CATARATA Nº <i>Apilha p/ raqui Nº 25</i>	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		± 100 ml	GEOFOAM PVPJ <i>topico</i>	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 20ML		<input type="checkbox"/>	FITA CARDIACA <i>Escovinha p/ assepsia</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrodos		± 80 ml	OUTROS: <i>Fluoridina 2l</i>	
<i>1 Cateter de O2</i>			± 150 ml <i>Alcool à 70%</i>		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		<i>Carlos/ Brina</i>			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	SUB- TOTAL		
			TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia		Procedimento Realizado: Osteossíntese de fêmur (E)	
Nome do Paciente: Riziane Pereira de Saí		IDADE: 31a	SEXO: F (X) M ()	Nº do Prontuário 176071	Data 24/02/2020
Bloco: A	Enfermaria: A2 A	Leito: 05	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Olívia Angela / Filho	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Co. Grandes fragmentos					
Dados dos materiais/Serviço					

Dados dos materiais/Serviço

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO: Walter Brunner

1º AUXILIAR: Fernando

INSTRUMENTADOR: Vankee

Dr. Fernando Rezende
Medico
CRM-RR 2007

Empresa ()

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

Marca:

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RR 2007

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

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



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

NR

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

VIR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H-G-R

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Mariane Peres De Sa

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

A08002828532720

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/05/88

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

176871

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Raimunda da Silva Pereira

11 - TELEFONE DE CONTATO

915 99 15 79 696

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Belo Horizonte 740 Nova Liçada

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RJ

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente ♀ de 31 anos de idade com
fratura de fêmur (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Intubação

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

Histórico + Exame físico + Radiografia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura fechada de fêmur (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fratura transesquelética

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Peres

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/07/20

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

Dr. Odiney Okemi
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 185112

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. 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)

04/07/20

0308010019
5723 7068
V299



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO		Nº DO PRONTUÁRIO		DATA	
Liriane Pereira de Souza						03/10/20	
CIRURGIA							
TIPO				TEMPO DE DURAÇÃO			
Tratamento ortopédico				INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
+ sutura em Joelho				21:20	21:45		
EQUIPE MÉDICA							
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:					
Dr. Pálida		RES. ANESTESIA:		10: -			
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR					
AUXILIAR		CIRCULANTE					
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:					
Local		17:00 - 18:00					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR		
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml			
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO			
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO			
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº			
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2.0			
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº			
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº			
1	LÂMINA BISTURI Nº 20			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 ataduro crepado 15cm			
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO			
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº			
	SERINGA 10ML		1 fr	GEOFOAM de espuma 2%			
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA			
	agulha 25x8			OUTROS:			
1	agulha 25x7			170ml de Kool			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA G.C DO PACIENTE			VALOR	
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS			
		Solange		SUB- TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA			
				TAXA DE ANESTESIA			
				SOMA			

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 500
Nova Planalto Tel (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

29/10/20

Certifico e dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polgar Direto



Risiane Pereira de Sá

APRESENTAÇÃO DO TITULAR

CANTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 310979-8

DATA DE EMISSÃO 31/01/2019

NOME
RISIANE PEREIRA DE SÁ

FILIAÇÃO
JOSÉ CARNEIRO DE SÁ
RAIMUNDA DA SILVA PEREIRA

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR

DOC. PRESENT
CERTD NASC 52050 FLS 195 LIV A-0070
BOA VISTA-RR

CPF 000.511.572-84

DATA DE NASCIMENTO
16/05/1986

AMADUEU ROCHA TRIANI
Secretário de Estado

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garças, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série S-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ 305/13

Nº da Nota Fiscal 4872055

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2020	11/04/2020	389	365,12

CPF: 00038305151204

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO GALVAO 1832 - BURITIS
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 389 Anterior: 549 Dias de consumo: 30 Constante de Multiplicação: 1,000 Consumo medido: 389 Consumo Faturado: 389	Atual: 25/03/2020 Anterior: 21/02/2020 Próxima leitura: 25/04/2020 Emissão: 24/03/2020 Apresentação: 25/03/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL Ligação: BIFASICA Número Medidor: TDE1910504 Forma de Faturamento: NORMAL Modalidade: N 151984

DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	389 A R\$ 0,764425 = 297,36
CORRECAO MONETARIA DA IL (3X)	0,68
CORRECAO MONETARIA IGPM (3X)	3,47
MULTA POR ATRASO DE IL (3X)	6,31
JUROS DE MORA POR ATRASO (3X)	1,08
MULTA POR ATRASO (3X)	10,36
JUROS DE MORA DE IMPORTE (3X)	3,74
ILUMINACAO PUBLICA	42,12

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE MEDIÇÃO
TARIFA SEM TRIBUTOS: 8 A 389 - 0,617770	

MENSAGENS IMPORTANTES	REAVISO DE VENCIMENTO
<p>LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26</p> <p>Parabéns! Até o dia 24/03/2020, não constam faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.</p>	

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019128 E FAÇA OPGAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 24/03/2023, não constamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO		674C. 73E7. 03C1. B94F. F49C. 9A88. 5234. CB98	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	168,60	Encargos:	3,10
Distribuição:	70,43	Tributos:	57,63
Transmissão:	0,00		
		Base de Cálculo:	
		ICMS:	17,20%
		PIS:	0,33%
		COFINS:	1,73%

ROT: 5.001.12.04.021730	SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
RORAIMA ENERGIA	0109029-1	365,12
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA	MÊS FATURADO	VENCIMENTO
Av. Capitão Ene Garças, 691 - Centro - Boa Vista - RR	03/2020	11/04/2020
CNPJ: 02.341.470/0001-44	Nº da Nota Fiscal: 4872055	FCAM*
Ins. Estadual: 24.007.022-3		

83660000003 5 65120075000 8 00000000109 9 02910320008 4	
---	--

SEQ.: 0000	UC: 0109029-1	DT. LEIT.: 25/03/2020	T. ENTR.: 04
LEITURA: 937	NORMAL	TOTAL: 365,12	CARGA: 00
	VFNC.: 11/04/2020	IRREG.: 000	COLETOR: 40

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME: ILOIR INACIO DE SOUZA

DIC IDENTIDADE (RG CLASSIFICAR): 114807 SSD RJL

CPF: 383.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

FILIAÇÃO: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: [] ACC: [] CATAR: []

Nº REGISTRO: 01101912304 VALIDADE: 20/01/2020 1ª HABITAÇÃO: 15/12/1999

OBSERVAÇÕES:

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

92485240616 RR207968020

DETRAN-RR (RORAIMA)

980151096

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Risiane Pereira de Sá
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	310979-8 SSP-RR
ENDEREÇO:	R: Belo Horizonte 740 NC

OUTORGADO

NOME:	Ileir Lucio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 03/03/2020, cobertura Invalidez, vítima: Risiane Pereira de Sá.

BOA VISTA 17-03-2020

LOCAL E DATA

Risiane Pereira de Sá

ASSINATURA DO OUTORGANTE



DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Atalide Texe, 4307 - Boa Vista - Boa Vista/RR
Fone: (68) 3627-2444
E-mail: daniel.aquino@cartorio2ooficio.com.br

190381-5e-0e094341f
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
RISIANE PEREIRA DE SÁ

Em testemunho da verdade, EGI
Do que deu 18. Boa Vista/RR, 17 de março de 2020.
Caros: via e-mail, anexo em anexo, para a(s) firma(s) em hi
REC.FIR.160236XG4XL7BRWJGMR888

Emolumentos: R\$ 2,56 Fundos ISS: R\$ 0,65 SEL. QRY 1,50 Total: R\$ 4,71

190381

Marlene Neta Diniz da Silva
Tabela Substituta

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0151395/20

Vítima: RISIANE PEREIRA DE SA

CPF: 000.511.572-84

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 03/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RISIANE PEREIRA DE SA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

RISIANE PEREIRA DE SA : 000.511.572-84

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/05/2020
Nome: RISIANE PEREIRA DE SA
CPF: 000.511.572-84

RISIANE PEREIRA DE SA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200194745 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RISIANE PEREIRA DE SA **Data do acidente:** 03/01/2020 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50