

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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

1. 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:

000.511.572-84

4 - Nome completo da vítima:

Riliane 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: Riliane Pereira de Sá

6 - CPF: 000.511-572-84

7 - Profissão: autônomo

8 - Endereço:

R. Belo Horizonte

9 - Número: 740

10 - Complemento:

11 - Bairro: Novo Horizonte

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado: RR

14 - CEP: 69.316-214

15 - E-mail: ILOERRRA@HOTMAIL.COM

16 - Tel. (DDD): (35) 98402-5368

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
 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)

AGÊNCIA: 6953

CONTA: 27538 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar à 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)

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

Riliane Pereira de Sá

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ITAU - 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



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Eno Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 / Inscrição Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 365/11

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0080084-8

Nº da Nota Fiscal 4167498

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.433 de 26 de abril de 2002. FCAM*

COTA MÉS DEZEMBRO/2019 VENCIMENTO 11/01/2020 CONSUMO (KWH) 365 TOTAL A PAGAR (R\$) 311,93
FRANCISCA NEYRE DE VASCONCELOS LIMA CPF: 00023122811200
R. BELO HORIZONTE 740 - NOVA CIDADE
CEP: 69.316-214 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)		DADOS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE DE CONSUMIDORA	
Atual:	14041	Atual:	06-12-2019	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	12396	Anterior:	06-11-2019	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	365	Próxima Leitura:	06-12-2019	Uso(s):	BIFAMILIAR
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	06-12-2019	Número Medidor:	16TUB01191
Consumo médio:	365	Apresentação:	06-12-2019	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	365			Modalidade:	L 1521281

DESCRICAÇÃO 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 ICRA DE IMPÓ 10/19-00		0,10
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		27,33

OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDAÇÃO																																		
TARIFA SEM TRIBUTOS R\$ 0,63 - 0,617710																																				
		DEZ/18	469	JAN/19	422	FEV/19	401	MAR/19	451	ABR/19	463	MAY/19	451	JUN/19	290	JUL/19	347	AGO/19	350	SET/19	371	OUT/19	407	NOV/19	373	DEZ/19	365									

	PARA MAIS INFORMAÇÕES, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA BIMÉTRICA. DESC. ATÉ 364. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO ANUAL NEGATIVO DE 0,00% (ZERO) DE JUNHO A DEZEMBRO DE 2019.
MENSAGENS IMPORTANTES	Parabéns! Até o dia 05/12/2019, não consertamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO D443.F8CE.848A.6470.4227.84F2.0F06.F032

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia: 158,92	Encargos: 0,54	Base de Cálculo: 277,44	ALÍQUOTA: 17,00%
TRANSMISSIONES: 0,00	Tributos: 0,19		VALOR: 47,18
Transmissão: 0,00			PIS: 0,30%

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DI	FC	DMC	DCR
Mensal	17,70	35,40	16,92	33,84
Trimestral	8,85	8,46	8,46	4,82
Anual	83,50	33,84	33,84	4,82

Realizado: 0,36

Conjunto: D15H1R1T6 Período de apuração: 10/2019 R\$0,00: 133,53

ROT: 15.001.23.02.438000

SEU CÓDIGO 0080084-8 TOTAL A PAGAR - R\$ 311,93

MÊS FATURADO 12/2019 VENCIMENTO 11/01/2020

Nº da Nota Fiscal: 4167498 FCAM*

8366000003 5 11930075000 5 00000000080 2 08481219008 4



SEQ.: 0006 UC: 0080084-8 DT.LEIT.: 06/12/2019 T FMTD: 04

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 300/13

N° da Nota Fiscal 4872055

 A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.420 de 26 de abril de 2002. FCAM®

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

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO GALVAO 1832-B - BURITIS
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA
CPF: 00038305151264

DADOS DA LEITURA (KWH)		DADOS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	531	Atual:	25/03/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	542	Anterior:	21/02/2020	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	33	Próxima leitura:	25/04/2020	Ligaçao:	BIFASICA
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	24/03/2020	Número Medidor:	TDB1919534
Consumo medido:	389	Apresentação:	25/03/2020	Forma de Faturamento:	NOVAC
Consumo faturado:	389			Modalidade:	II 151944

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 MEDAÇÃO	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 389 - 0,61778			
MAR/19	279	ABR/19	269
MAI/19	168	JUN/19	206
JUL/19	113	AGO/19	133
SET/19	172	OUT/19	173
NOV/19	138	DEZ/19	121
JAN/20	249	FEV/20	308
MAR/20	369		

Média 12 meses: 189



LIGUE 00087019128 E PADA PRAZO VENCIMENTO 15/11/16/21/26
Parabéns! Até o dia 24/03/2020, não constavam faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO		674C.73E7.03C1.B94F.E49C.9AB8.5234.CB98		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	160,80	Encargos:	3,18	Base de Cálculo:	17,20%	Alíquota:	56,55
Distribuição:	70,43	Tributos:	51,63	ICMS:	0,50%	Valor:	1,14
Transmissão:	0,00			COFINS:	1,75%		5,34

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC		FIC		DMIC		DICR
Mensal	18,49	Trimestral	36,99	Mensal	16,92	33,84	4,99
Límite	9,24						
Realizado	0,00			0,00		0,00	
Conjunto	FLORESTA					Período de apuração: 01/03/2020	EDUR: 74,44

ROT: 5.001.12.04.021730


**RORAIMA
ENERGIA**

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

**SEU CÓDIGO
0109029-1**
**TOTAL A PAGAR - R\$
365,12**
**MÊS FATURADO
03/2020**
**VENCIMENTO
11/04/2020**

N° da Nota Fiscal: 4872055

FCAM®

83660000003 5 65120075000 8 00000000109 9 02910320008 4



SEQ.: 0300 UC: 0109029-1 DT.LEIT.: 25/03/2020 T.ENTR.: 00
LEITURA: 937 NORMAL TOTAL: 365,12 CARGA: 00
VFNC: 11/04/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 40

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RÉSS. GURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu Thairi Inácio de Souza

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

Rússiane Pereira de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.511.572-89

do sinistro de DPVAT cobertur: Invalidez Vítima Rússiane Pereira de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.511.572 / 89, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua: Antônio P. Galvão
Bairro: Buritis Cidade: Boa Vista
E-mail: ILDIRRR@HOTMAIL.COM

Número: <u>1832</u>	Complemento:
Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.309-209</u>
Tel.(DDD): <u>(95)98404-5368</u>	

Local e Data: Boa 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.

*Pedro Di Giovanni
Médico Traumatocirúrgico
515 20 384*

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



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 03/01/20

O.S. _____

Risiane Rezende De Souza

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura diafisária de fêmur (c)
Bracos transesqueléticos

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

IRURGIÃO:

Dr. Renato

1º auxiliar: Dr. Pablo R.

2º auxiliar:

INSTRUMENTADORA:

3º auxiliar:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Planejamento D.D.H
- 2) Aspiração e Intervenção
- 3) Anestesia local
- 4) Liberação da braços transesqueléticos
- 5) Fim



Dr. Odinachi Okemba
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-FR 1851/DF

Vitor Paracat Schiattaglio
Ortopedia e Traumatologia
CRM-FR 1635
RQE: 610



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>34 anos</i> <i>Rimone Pereira de Souza</i>		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>03/10/120</i>	
CIRURGIA					
TIPO <i>Tratamento Tromboembolico</i> <i>Fratura de Fíbula e</i> <i>mitra em Joelho</i>		TEMPO DE DURAÇÃO			
		INICIO <i>21:20</i>	FIM <i>21:45</i>	TEMPO TOTAL	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO <i>Dr. Polka</i>	ANESTESISTA:		<i>102: -</i>		
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:				
AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
TIPO DE ANESTESIA: <i>Local</i>	CIRCULANTE		<i>Sávio, Cláudia</i>		
TEMPO DE DURAÇÃO:					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO <i>500ml</i>	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº <i>2.0</i>	
1	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº <i>2.0</i>	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº <i>2.0</i>			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL <i>atadura Crepe 15cm</i>	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML		1	GEOPOM <i>atadura 27cm</i>	
1	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
1	agulha 25x8			OUTROS:	
1	agulha 25x7			<i>170ml de líquido</i>	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Solange</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS			VALOR
			SUB- TOTAL		
			TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		



transf: 09/01/2020
NIR

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

Flávia Renz De Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

176871

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

208002828532720

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/03/88

9 - SEXO

Masc.

Fem.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Raimunda da Silva Pereira

11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD 99115796196
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Belo Horizonte 740 Novo Horizonte

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

042

15 - UF

RR

16 - CEP

66010-000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Flávia R. 31 anos de idade com
fratura de fêmur (E)

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. BR. Eduardo Gómez, 5/N
Novo Horizonte Tel: (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

13/01/2020

Certifico e Declaro que a presente
é a cópia do documento original
que foi apresentado ao Hospital

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Internar

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

• Hb 10,5 - Escavação + Radiografia

fratura clavicular de fêmur (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Flávia Renz et al

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. Renzo

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/01/20

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

Dr. Odilon Okemoto
Medico Residente
Residencia em Traumatologia
Nº do CRM: 185176

- PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - 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)

Arhan

0308010019

S723

T068

V299

Arhan → 04005098



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

BLOCO A

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Dionival Pereira de Soá

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

176871

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

708002828532720

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/15/88

9 - SEXO

Masc.

Fem.

10 - NOME DA "MÃE OU RESPONSÁVEL"

Raimunda da Silva Pereira

11 - TELEFONE DE CONTATO

035 99151-9691

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

Rua Belo Horizonte - 740 - Nova Cidade

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Beira Vista

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

1240010

15 - UF

R

16 - CEP

1693163114

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

noche subindido o osteomítez
olho esquerdo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As dores

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

Rx + exame olho

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS/ASSOCIADAS

Exponer Esquerdo

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Osteomítez de olho

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

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dr. Dionival Pereira de Soá

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

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

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

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)

71/7/20

0408050519
5723
W49

 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 - N.º DO PRONTUÁRIO 00176871	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 708002828532720								8 - DATA DE NASCIMENTO 16/05/1988	
11 - NOME DA MÃE RAIMUNDA DA SILVA PEREIRA								9 - SEXO 3 - Feminino	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL RISIANE PEREIRA DE SA								10 - RACA / COR PARDA	
15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) RUA: BELO HORIZONTE - 740 -- NOVA CIDADE								11 - TELEFONE DE CONTATO (95) 99157-9696	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BOA VISTA								14 - TELEFONE DE CONTATO (95) 99157-9696	
17 - COD. IBGE MUNICÍPIO-UF 140010 RR								18 - CEP 69.316-214	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
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	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO									
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO									
29 - CLÍNICA CIRURGIA GERAL		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO ELETIVO		31 - DOCUMENTO		32 - N.º 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 (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)									
36 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO				39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - N.º DO BILHETE		41 - SÉRIE	
37 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				42 - CNPJ DA EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA		44 - CBOR	
38 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO									
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO		<input type="checkbox"/> EMPREGADOR		<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO		<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO		<input type="checkbox"/> APOSENTADO	
<input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO									
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR		52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
48 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				49 - N.º DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /				51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)					



HOSPITAL DAS CLÍNICAS Dr. WILSON FRANCO

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

DATA: 10/01/20 PACIENTE: Riziane, Venâncio de 87
PACIENTE: Riziane, Venâncio de DN: 111
DIAGNÓSTICO(S):

DIH: / / *g + team*

KANBAM: _____ / Dieta: _____

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:
Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____
 HCO_3^- : _____

HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₄: _____ PCO₂: _____
EAS: _____

EAS: _____
CULTURAS (/ /): _____

CULTURAS (/ /): _____

IMAGEM _____

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA 11/11/11): Hb: Ht: Ur: Cr:
Leuc: S. Pl: N:

Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____ Na: _____ K: _____ Ca: _____
Cl: _____ HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₄: _____ BCO₃: _____

Cl: _____ HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₄: _____ PCO₂: _____
EAS: _____ A: _____

245
IMAGEM

ANTIBIÓTICO

USADO: NOVO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO: _____

TERAPIA INSTITUIDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Dr. Marcus Brunner
Merano
CRM/R 1917

CRM _____ / _____

- Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR



Data: 21/03/20

O.S. _____

Rostone Pedro
de Sá

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

GNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIAO:

Morais Bento

1º auxiliar:

Fernando

2º auxiliar:

INSTRUMENTADORA:

3º auxiliar:

ANESTESIA:

ANESTÉSISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① paciente em DPA sob sedoanalgésicos
② Análisis e Anticoag.
- ③ Colocação de corpos estériles
- ④ Inclusão em reprise lateral da crura e com dimensões por proximidade de fuso de rotina.
- ⑤ Redução cruenta de fáscia com risco DP 10 off the R. profundo
- ⑥ DM com 5 P 0,9%.
- ⑦ Sutura paralela com Vicryl + Nylon
- ⑧ Envoltório
- ⑨ Pós RPP

Dr. AUGUSTO CAVALENTI
Médico Presidente
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PR 1904

ASSINADO ADMINISTRAÇÃO PESSOAL
19216719 L. AJO

Dr. Marcelo ARRUDA
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PR 1231 RQE: 550

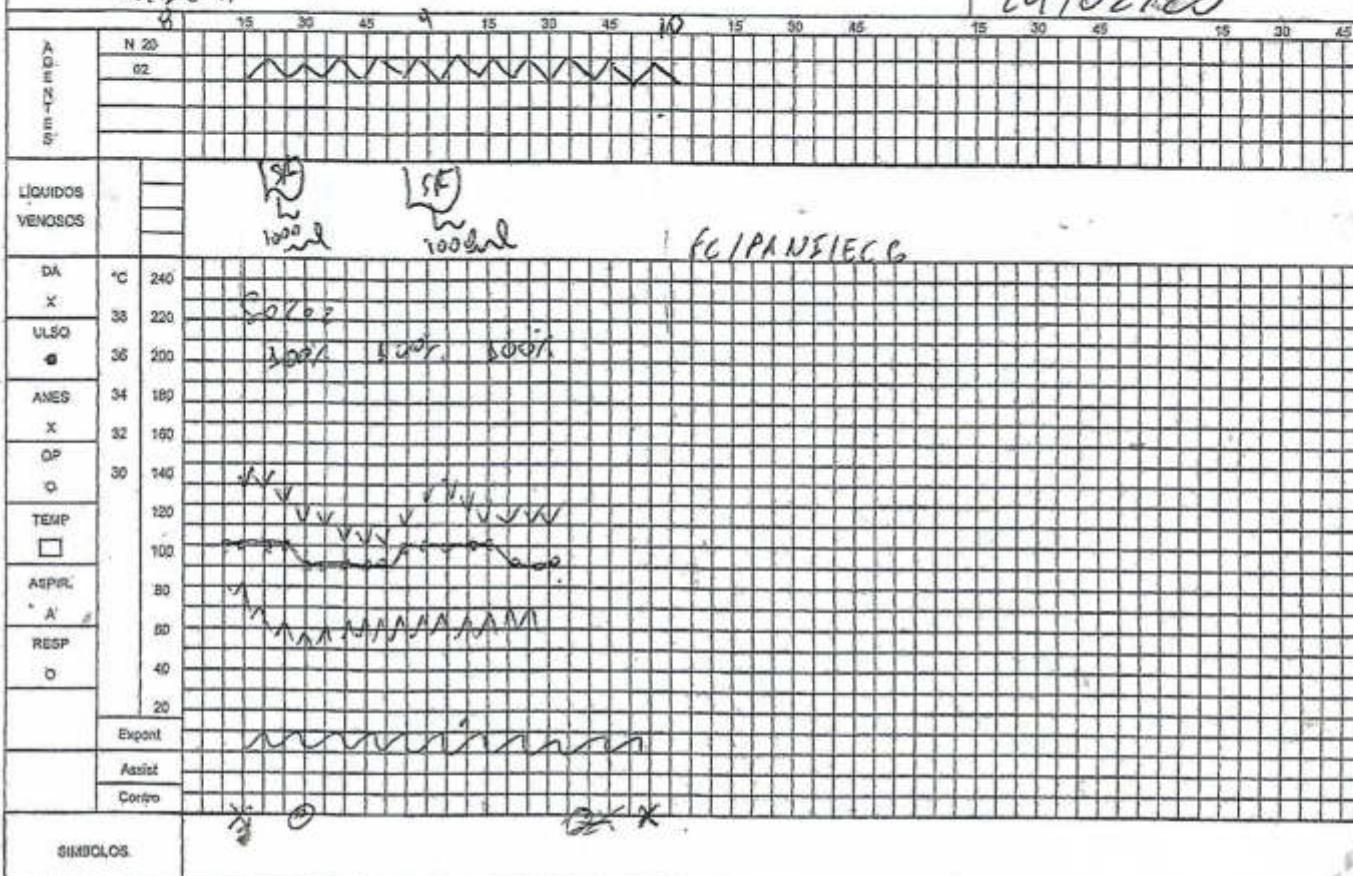


Ressuscita ferida 332 ASSF ent. cap.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

FNT 100
MBZ 5
Endototorio.

Nº 300 disto RR
24/02/20



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Bupivacaina 0,5% 15ml		Monitoreo de Nervos, Femoral Esguiado + Reg. de anestesia	X Monitorização
B. Midazolam 2% 5ml			① Chocoges ok
C.			② Venoclisis ok MS 338
D.			③ Antissepsia na reg. esqul (④ com acetato 70% + Inf. h. taca de Plântano + Viscosoljocan ok)
E.			⑤ Nervo femoral guiado por usg lúcida de nervo com gelicô 38
F.			⑥ Injeção de 1g A + B. Após aspirar
G.			
GLUCOSE	LÍQUIDOS	JGáculo - Naso / Oro Faringea Naso / Orotáqueo - Cega Bal - Tamp - Calibre do Tubo - Bob. Máscara Dificuldade Técnica N/A	
ICD			
BANDE			
15.015 2.051	1.500ml		
TOTAL		01:40 h	
OPERAÇÃO			
ostrosssister ferida ferida (E)			
ANESTESIA	CÓDIGO	CRUZADO	
M. Fabiana		3: Marcus	
Res. Emanuel RR		Dr. Lemos	
			cor negativa para sangue.
			⑤ Af. xena 2g iv
			⑥ Dexametasona 10mg iv
			⑦ Fefaduro 5mg iv
			⑧ Cetoprolfen 100mg iv

Alberto F.M. Herrera
Médico-Anestesiologista
CRM 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	
Rusiane Pereira de Sa			121-05	176871	24 / 02 /2020	
CIRURGIA						
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO				
		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL		
Osteossíntese de Fêmur (E)		08:34	09:50			
EQUIPE MÉDICA						
CIRURGIÃO			ANESTESISTA:	Fabian		
	Werner Brunner		RES. ANESTESIA:	R. Emanuel		
1º AUXILIAR	Fernando		INSTRUMENTADOR	Yankee		
2º AUXILIAR			CIRCULANTE	Olymara Garcia / Letícia		
TIPO DE ANESTESIA: Raqui + BF + Sedação		TEMPO DE DURAÇÃO:				
Q. ANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS		VALOR
10	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		10	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO - 500ml		
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO		
10	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO		
7	LUVA ESTERIL 7.5 <i>Leylha 10x12</i>		7	FIO VICRYL Nº 1		
7	LUVA ESTERIL 8.0		7	FIO MONONYLON Nº 2.0		
10	LUVA ESTERIL 8.5		10	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº <i>Opacor desc</i>		
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (10M/6)	± 100cm	10	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº <i>Espadrapo</i>		
7	LÂMINA BISTURI Nº 22		7	FIO CATGUT SIMPLES Nº <i>Luras Vinil (P)</i>		
20ml	DRENO DE SUÇÃO Nº <i>Lidocaina 1%</i>	± 5g		FIO CATGUT CROMADO Nº <i>Lidocaina Caleia 2%</i>		
7	DRENO DE TORAX Nº <i>Primerinha 3V</i>		7	FIO PROLENE Nº <i>Bolsa leitora</i>		
7	DRENO DE PENROSE Nº <i>Opicon 18</i>	± 10g	7	FIO SEDA Nº <i>Cilex condutor</i>		
	SERINGA 01ML		7	SURGICEL <i>Suturas Gepon (30cm)</i>		
7	SERINGA 03ML <i>Equipo macrofis</i>		7	CERA P/ OSSO 5 VESICAL Nº 14		
10	SERINGA 05 ML		10	KIT CATARATA Nº <i>Leylha p/ raqui Nº 25</i>		
10	SERINGA 10ML	± 100ml	10	GEOFOAM PVPJ <i>tópico</i>		
10	SERINGA 20ML		10	FITA CARDIACA Escovinha p/ assepsia		
10	Eletrodos	± 80ml	10	OUTROS: <i>Fluoridina 2%</i>		
Cateter de O2			150ml	Alcool à 30%		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			SUB- TOTAL	
	<i>Carlos/ Crisca</i>					
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA	TAXA DE ANESTESIA	
				ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		
				SOMA		



121.05

ESTADO DE RORAIMA

“AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS”

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

ESTABELECIMENTO DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS		Procedimento Realizado:			
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: Ortopedia	Osteosíntese de fêmur (E)			
Nome do Paciente: Klesiane Pereira de Saí	IDADE: 31 a	SEXO: F () M ()	Nº do Prontuário 176 871	Data 24/02/2020	
Bloco: A	Enfermaria: A2 A	Leito: 05	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Oligôngela / Jefho	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Ex: Grandes fragmentos					
Dados dos materiais/Serviço					

MÉDICO CIRURGÃO: Marcus Brunner

1º AUXILIAR: Fernando

~~Dr. Fernando Resende~~
Médico
CRM-RB 2007

INSTRUMENTADOR: Yankee

Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTSE () / QUANTUM () ATHENA () / MACON ()		Marca:
ITEM	DESCRICAÇÃO DO ITEM	QUANT
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		
101		
102		
103		
104		
105		
106		
107		
108		
109		
110		
111		
112		
113		
114		
115		
116		
117		
118		
119		
120		
121		
122		
123		
124		
125		
126		
127		
128		
129		
130		
131		
132		
133		
134		
135		
136		
137		
138		
139		
140		
141		
142		
143		
144		
145		
146		
147		
148		
149		
150		
151		
152		
153		
154		
155		
156		
157		
158		
159		
160		
161		
162		
163		
164		
165		
166		
167		
168		
169		
170		
171		
172		
173		
174		
175		
176		
177		
178		
179		
180		
181		
182		
183		
184		
185		
186		
187		
188		
189		
190		
191		
192		
193		
194		
195		
196		
197		
198		
199		
200		
201		
202		
203		
204		
205		
206		
207		
208		
209		
210		
211		
212		
213		
214		
215		
216		
217		
218		
219		
220		
221		
222		
223		
224		
225		
226		
227		
228		
229		
230		
231		
232		
233		
234		
235		
236		
237		
238		
239		
240		
241		
242		
243		
244		
245		
246		
247		
248		
249		
250		
251		
252		
253		
254		
255		
256		
257		
258		
259		
260		
261		
262		
263		
264		
265		
266		
267		
268		
269		
270		
271		
272		
273		
274		
275		
276		
277		
278		
279		
280		
281		
282		
283		
284		
285		
286		
287		
288		
289		
290		
291		
292		
293		
294		
295		
296		
297		
298		
299		
300		
301		
302		
303		
304		
305		
306		
307		
308		
309		
310		
311		
312		
313		
314		
315		
316		
317		
318		
319		
320		
321		
322		
323		
324		
325		
326		
327		
328		
329		
330		
331		
332		
333		
334		
335		
336		
337		
338		
339		
340		
341		
342		
343		
344		
345		
346		
347		
348		
349		
350		
351		
352		
353		
354		
355		
356		
357		
358		
359		
360		
361		
362		
363		
364		
365		
366		
367		
368		
369		
370		
371		
372		
373		
374		
375		
376		
377		
378		
379		
380		
381		
382		
383		
384		
385		
386		
387		
388		
389		
390		
391		
392		
393		
394		
395		
396		
397		
398		
399		
400		
401		
402		
403		
404		
405		
406		
407		
408		
409		
410		
411		
412		
413		
414		
415		
416		
417		
418		
419		
420		
421		
422		
423		
424		
425		
426		
427		
428		
429		
430		
431		
432		
433		
434		
435		
436		
437		
438		
439		
440		
441		
442		
443		
444		
445		
446		
447		
448		
449		
450		
451		
452		
453		
454		
455		
456		
457		
458		
459		
460		
461		
462		
463		
464		
465		
466		
467		
468		
469		
470		
471		
472		
473		
474		
475		
476		
477		
478		
479		
480		
481		
482		
483		
484		
485		
486		
487		
488		
489		
490		
491		
492		
493		
494		
495		
496		
497		
498		
499		
500		
501		
502		
503		
504		
505		
506		
507		
508		
509		
510		
511		
512		
513		
514		
515		
516		
517		
518		
519		
520		
521		
522		
523		
524		
525		
526		
527		
528		
529		
530		
531		
532		
533		
534		
535		
536		
537		
538		
539		
540		
541		
542		
543		
544		
545		
546		
547		
548		
549		
550		
551		
552		
553		
554		
555		
556		
557		
558		
559		
560		
561		
562		
563		
564		
565		
566		
567		
568		
569		
570		
571		
572		
573		
574		
575		
576		
577		
578		
579		
580		
581		
582		
583		
584		
585		
586		
587		
588		
589		
590		
591		
592		
593		
594		
595		
596		
597		
598		
599		
600		
601		
602		
603		
604		
605		
606		
607		
608		
609		
610		
611		
612		
613		
614		
615		
616		
617		
618		
619		

MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

1º VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

*Dr. Fernando Rezende
Médico
CBM-RB 2007*



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

NIR

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

transf 09/01/2020

NIR

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

Flávia Perenz De Souza

6 - N° DO PRONTUÁRIO

176871

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

2018002828532720

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/05/88

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Raimunda da Silva Perenz

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
915 9191519696

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

R. Belo Horizonte 740 Novo Horizonte

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

150

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

242

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Flávia Perenz de Souza
Paciente fêmea de 31 anos de idade com
fratura de fêmur (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Indumenta

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

Hb 10,5 - Escavação - Radiografia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de fêmur (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Linha transesquelética

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Lucas

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/01/20

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

Dr. Odilasio
Médico Residente
Médico Traumatologista
Nº CRM: 185112

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

Av. Brg. Eduardo Góes

38 - SÉRIE

Novo Planalto TB (95) 21230680 DO BILHETE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

AUTENTICAÇÃO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESPROTEGIDO e Dou Fé que o Segurado

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

Certifico e Dou Fé que o Segurado

45 - DOCUMENTO

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

Cópia é do Documento Original

43 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

() CNS () CPF

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

Cópia é apresentado neste Hospital

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - N° DO REGISTRO DO CONSELHO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - NOME

51 - NOME

52 - NOME

53 - NOME

54 - NOME

55 - NOME

56 - NOME

57 - NOME

58 - NOME

59 - NOME

60 - NOME

61 - NOME

62 - NOME

63 - NOME

64 - NOME

65 - NOME

66 - NOME

67 - NOME

68 - NOME

69 - NOME

70 - NOME

71 - NOME

72 - NOME

73 - NOME

74 - NOME

75 - NOME

76 - NOME

77 - NOME

78 - NOME

79 - NOME

80 - NOME

81 - NOME

82 - NOME

83 - NOME

84 - NOME

85 - NOME

86 - NOME

87 - NOME

88 - NOME

89 - NOME

90 - NOME

91 - NOME

92 - NOME

93 - NOME

94 - NOME

95 - NOME

96 - NOME

97 - NOME

98 - NOME

99 - NOME

100 - NOME

101 - NOME

102 - NOME

103 - NOME

104 - NOME

105 - NOME

106 - NOME

107 - NOME

108 - NOME

109 - NOME

110 - NOME

111 - NOME

112 - NOME

113 - NOME

114 - NOME

115 - NOME

116 - NOME

117 - NOME

118 - NOME

119 - NOME

120 - NOME

121 - NOME

122 - NOME

123 - NOME

124 - NOME

125 - NOME

126 - NOME

127 - NOME

128 - NOME

129 - NOME

130 - NOME

131 - NOME

132 - NOME

133 - NOME

134 - NOME

135 - NOME

136 - NOME

137 - NOME

138 - NOME

139 - NOME

140 - NOME

141 - NOME

142 - NOME

143 - NOME

144 - NOME

145 - NOME

146 - NOME

147 - NOME

148 - NOME

149 - NOME

150 - NOME

151 - NOME

152 - NOME

153 - NOME

154 - NOME

155 - NOME

156 - NOME

157 - NOME

158 - NOME

159 - NOME

160 - NOME

161 - NOME

162 - NOME

163 - NOME

164 - NOME

165 - NOME

166 - NOME

167 - NOME

168 - NOME

169 - NOME

170 - NOME

171 - NOME

172 - NOME

173 - NOME

174 - NOME

175 - NOME

176 - NOME

177 - NOME

178 - NOME

179 - NOME

180 - NOME

181 - NOME

182 - NOME

183 - NOME

184 - NOME

185 - NOME

186 - NOME

187 - NOME

188 - NOME

189 - NOME

190 - NOME

191 - NOME

192 - NOME

193 - NOME

194 - NOME

195 - NOME

196 - NOME

197 - NOME

198 - NOME

199 - NOME

200 - NOME

201 - NOME

202 - NOME

203 - NOME

204 - NOME

205 - NOME

206 - NOME

207 - NOME

208 - NOME

209 - NOME

210 - NOME

211 - NOME

212 - NOME

213 - NOME

214 - NOME

215 - NOME

216 - NOME

217 - NOME

218 - NOME

219 - NOME

220 - NOME



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>31 anos</i> <i>Roxane Ferreira de Souza</i>		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>03/10/2020</i>	
CIRURGIA					
TIPO <i>Tragéia Trombose quelôtica</i> <i>intervenção de Fístula e</i> <i>remoção de</i> <i>1 mutação em Joelho</i>		INICIO <i>21:20</i>	FIM <i>21:45</i>	TEMPO DE DURAÇÃO TEMPO TOTAL	
CIRURGIÃO <i>Dr. Pollo</i>		EQUIPE MÉDICA			
1º AUXILIAR		ANESTESISTA: <i>i</i> RES. ANESTESIA: <i>i</i> INSTRUMENTADOR			
AUXILIAR		CIRCULANTE <i>Fábio, Ovídio</i>			
TIPO DE ANESTESIA: <i>General</i>		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO <i>500ml</i>	
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 <i>2-0</i>	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº <i>20</i>			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL <i>ataduras de gesso</i> 15cm	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM <i>de locomoção 2%</i>	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
	<i>agulha 25x8</i>			OUTROS:	
	<i>agulha 25x7</i>			<i>Isomol líquido</i>	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE <i>Solange</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS		VALOR
FUNCIONARIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	SUB- TOTAL		
			TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Góes, 1000 Novo Planalto Tel (95) 2121-0620 ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

AUTENTICAÇÃO
29/10/2020

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



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 300/13

N° da Nota Fiscal 4872055

 A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.420 de 26 de abril de 2002. FCAM®

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

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO GALVAO 1832-B - BURITIS
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA
CPF: 00038305151264

DADOS DA LEITURA (KWH)		DADOS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	531	Atual:	25/03/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	542	Anterior:	21/02/2020	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	33	Próxima leitura:	25/04/2020	Ligaçao:	BIFASICA
Constante de Multiplicação:	1.000	Emissão:	24/03/2020	Número Medidor:	TDB1919534
Consumo medido:	389	Apresentação:	25/03/2020	Forma de Faturamento:	NOVAC
Consumo faturado:	389			Modalidade:	II 151944

DESCRICAÇÃO 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 MEDICAÇÃO	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 389 - R\$ 0,61778			
MAR/19	279	ABR/19	269
MAI/19	168	JUN/19	206
JUL/19	113	AGO/19	133
SET/19	172	OUT/19	173
NOV/19	138	DEZ/19	121
JAN/20	249	FEV/20	308
MAR/20	369		

Média 12 meses: 189



LIGUE 00087019128 E PADA PRAZO VENCIMENTO 15/11/16/21/26
Parabéns! Até o dia 24/03/2020, não constavam faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO		674C.73E7.03C1.B94F.E49C.9AB8.5234.CB98		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	160,80	Encargos:	3,18	Base de Cálculo:	17,20%	Alíquota:	50,55
Distribuição:	70,43	Tributos:	51,63	ICMS:	0,50%	Valor:	1,14
Transmissão:	0,00			COFINS:	1,75%		5,34

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC		FIC		DMIC		DICR
Mensal	18,49	Trimestral	36,99	Mensal	16,92	33,84	4,99
Límite	9,24						
Realizado	0,00			0,00		0,00	
Conjunto	FLORESTA			Período de apuração:	01/03/2020	BUND:	74,44

ROT: 5.001.12.04.021730


**RORAIMA
ENERGIA**

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

**SEU CÓDIGO
0109029-1**
**TOTAL A PAGAR - R\$
365,12**
**MÊS FATURADO
03/2020**
**VENCIMENTO
11/04/2020**

N° da Nota Fiscal: 4872055 FCAM®

83660000003 5 65120075000 8 00000000109 9 02910320008 4


PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Ribiane Pereira de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	310979-8 SSP-RR
ENDEREÇO:	R. Belo Horizonte 740 nc

OUTORGADO

NOME:	Thiago Souza 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 Invadir, vitima: Ribiane Pereira de Souza
Boa Vista 17-03-2020

LOCAL E DATA

Ribiane Pereira de Souza

ASSINATURA DO OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0151395/20

Vítima: RISIANE PEREIRA DE SA

Data do acidente: 03/01/2020

CPF: 000.511.572-84

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RISIANE PEREIRA DE SA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RISIANE PEREIRA DE SA

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 FÉMUR 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