

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2908727220201116152653

Processo 0828126-83.2020.8.23.0010 ☆ - (17 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

8 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 8500 por pág.1



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, 25 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200302726

Vítima: JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

Data do Acidente: 15/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16063185

Pag. 00123/00124 - carta_01 - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5Q7 7JPZZ H4MDZ 6LBQU



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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)

☐

Divorciado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 29/10/2020

João Roberto Barbosa Filho



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

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

Ocorrência Nº: 9083/2020 - Registrado em: 18/08/2020 às 11h 38min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 15/05/2020 às 17h 20min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: DOS IMIGRANTES

Nº: S/N

CEP:

Bairro: ASA BRANCA

Tipo de local:

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL (44), nascido(a) em 14/04/1976, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de AÇOUGUEIRO, CPF Nº 467.814.472-20, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de RAIMUNDA DIAS DE ARAUJO e RAIMUNDO MARTINS RAIOL, endereço: CAUBI BRASIL MAGALHÃES, cep: 69316-518, Nº: 1332 Q 382, bairro: SENADOR HELIO CAMPOS, BOA VISTA-RR, Telefone: .

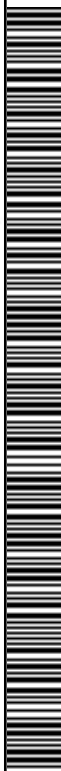
RELATO DA OCORRÊNCIA

INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA YAMAHA/YBR125 FACTOR ED, ANO: 2013/2014, COR AZUL, PLACA: NAP8625, DE SUA PROPRIEDADE, NO ENDEREÇO E HORÁRIO ACIMA CITADOS, QUANDO AO CHEGAR NO CRUZAMENTO UM OUTRO VEICULO INVADIU SUA PREFERENCIAL E O ATINGIU BRUSCAMENTE, COM O IMPACTO VEIO A CAIR SOFRENDO TRAUMA EM SEU PÉ.

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

VALDEMIR DE S. CONSTANTINO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000887
ASSINADO ELETRONICAMENTE


JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL
COMUNICANTE



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5Q7 7JPZZ H4MDZ 6LBQU



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL


BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000046187-0

Nr. da Autenticação 5FC46AB452561BCC





Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0059933-6

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nº DA NOTA FISCAL 5790031 FCAM*
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

| CONTA MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|-------------|------------|---------------|---------------------|
| AGOSTO/2020 | 06/09/2020 | 367 | 315,46 |

JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL
CPF: 00046781447220
R. CAUBI BRASIL MAGALHAES 1332 Q 382 - SENADOR HELIO CAMPOS
CEP: 69.316-518 - BOA VISTA

| DATAS DA LEITURA | | | |
|------------------|------------|---------------------|------------|
| Atual: | 13/08/2020 | Anterior: | 15/07/2020 |
| Emissão: | 12/08/2020 | Próxima leitura: | 14/09/2020 |
| | | Dias de consumo: 29 | |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | | | | | |
|------------------------------|------------------|---------|----------------|-------------|------------|
| Grupo/Subgrupo | Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Faturamento | Modalidade |
| 1.1.1.2 | RESIDENCIAL | BIF | 11EDB06877 | NORMAL | CONVENC |

| DADOS DA LEITURA (kWh) | | | | | | | | |
|------------------------|----------------|---------------------|----------------|---------------------|------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|
| | kWh TOT/PTA | INJETADO TOT/PTA | kWh F.PONTA | INJETADO F.PONTA | kWh INTERMED. | INJETADO INTERMED. | kWh RESERVADO | INJETADO RESERVADO |
| Leit. Atual | 46648 | | | | | | | |
| Leit. Anterior | 46281 | | | | | | | |
| Constante | 1,000 | | | | | | | |
| Resíduo | | | | | | | | |
| Medido | 367 | | | | | | | |
| Faturado: | 367 | | | | | | | |


| DESCRIÇÃO DA CONTA | | |
|----------------------------|----------------------|--------|
| CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA | 367 A R\$ 0,786015 = | 288,46 |
| | | 27,00 |

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
3 A 367 - 0.617770

Média 12 meses: 409

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



| Mês | Consumo (kWh) |
|--------|---------------|
| AGO/19 | 272 |
| SET/19 | 295 |
| OUT/19 | 441 |
| NOV/19 | 397 |
| DEZ/19 | 370 |
| JAN/20 | 423 |
| FEV/20 | 390 |
| MAR/20 | 516 |
| ABR/20 | 560 |
| MAI/20 | 482 |
| JUN/20 | 427 |
| JUL/20 | 345 |
| AGO/20 | 367 |

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

Parabéns! Até o dia 12/08/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO 00A9.7A11.4F50.A7A3.8047.2707.AAAA.11CD

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | | INDICADORES DE CONTINUIDADE | | | |
|---------------------------|--------|-----------------------------|--------|------------|-------|
| Energia: | 151,71 | DIC | Mensal | Trimestral | Anual |
| Distribuição: | 66,44 | Limite | 8,85 | 17,70 | 35,40 |
| Transmissão: | 0,00 | Realizado | 5,17 | | |
| Encargos: | 8,59 | FIC | Mensal | Trimestral | Anual |
| | | | 8,85 | 17,70 | 35,40 |



2020

Via de Pagamento para o mes/ano 05/2020 referente a UC: 1089170



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

| | | |
|---------------|------------|-----------------------|
| CÓDIGO ÚNICO | MÊS | PERÍODO DE CONSUMO |
| 1089170 | 05/2020 | 25-APR-20 a 25-MAY-20 |
| CONSUMO (kWh) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
| 653 | 11-JUN-20 | R\$ 554,71 |

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

| | | |
|--------------|---------|---------------|
| CÓDIGO ÚNICO | MÊS | TOTAL A PAGAR |
| 1089170 | 05/2020 | R\$ 554,71 |

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR
114807 SSP RR

CNPJ
303.051.512-04 DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
0110192304 VALIDADE
28/01/2020 1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

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

92485240616
RR207968020

750009.000000001081.917005200055





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

AC (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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu Glair Imácio de Souza

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

Jose Roberto Araujo Raniel inscrito (a) no CPF sob o Nº 467.814.472 / 20

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jose Roberto Araujo Raniel

inscrito (a) no CPF sob o Nº 467.814.472 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

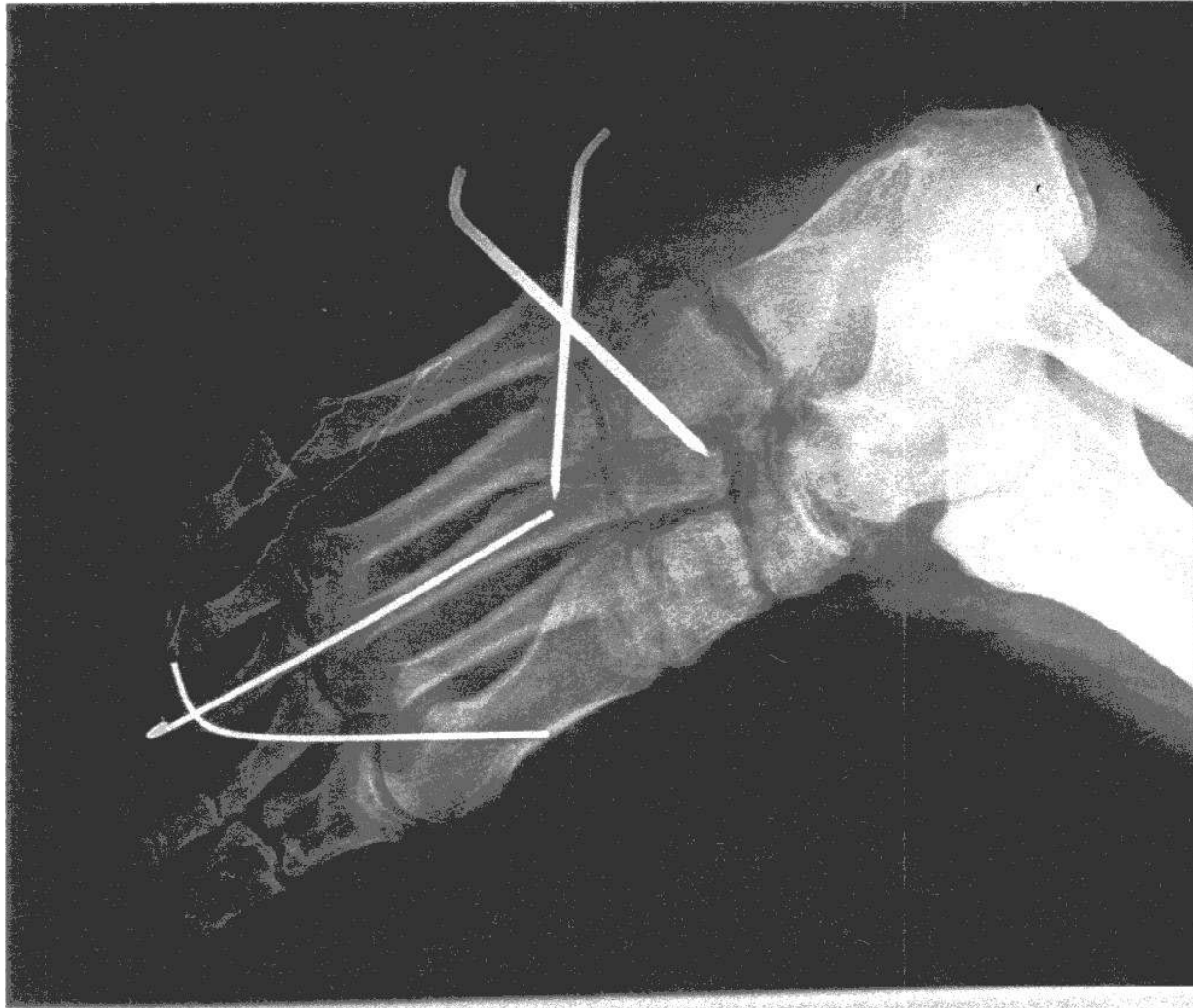
☒ Recuso informar

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

| | | |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| Endereço: <u>Rua: Antônio P. Galvão</u> | Número: <u>1832</u> | Complemento: _____ |
| Bairro: <u>Buiter</u> | Cidade: <u>Bea Vista</u> | Estado: <u>RR</u> |
| E-mail: <u>ILDIRRR@HOTMAIL.COM</u> | CEP: <u>69.309-209</u> | Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5368</u> |

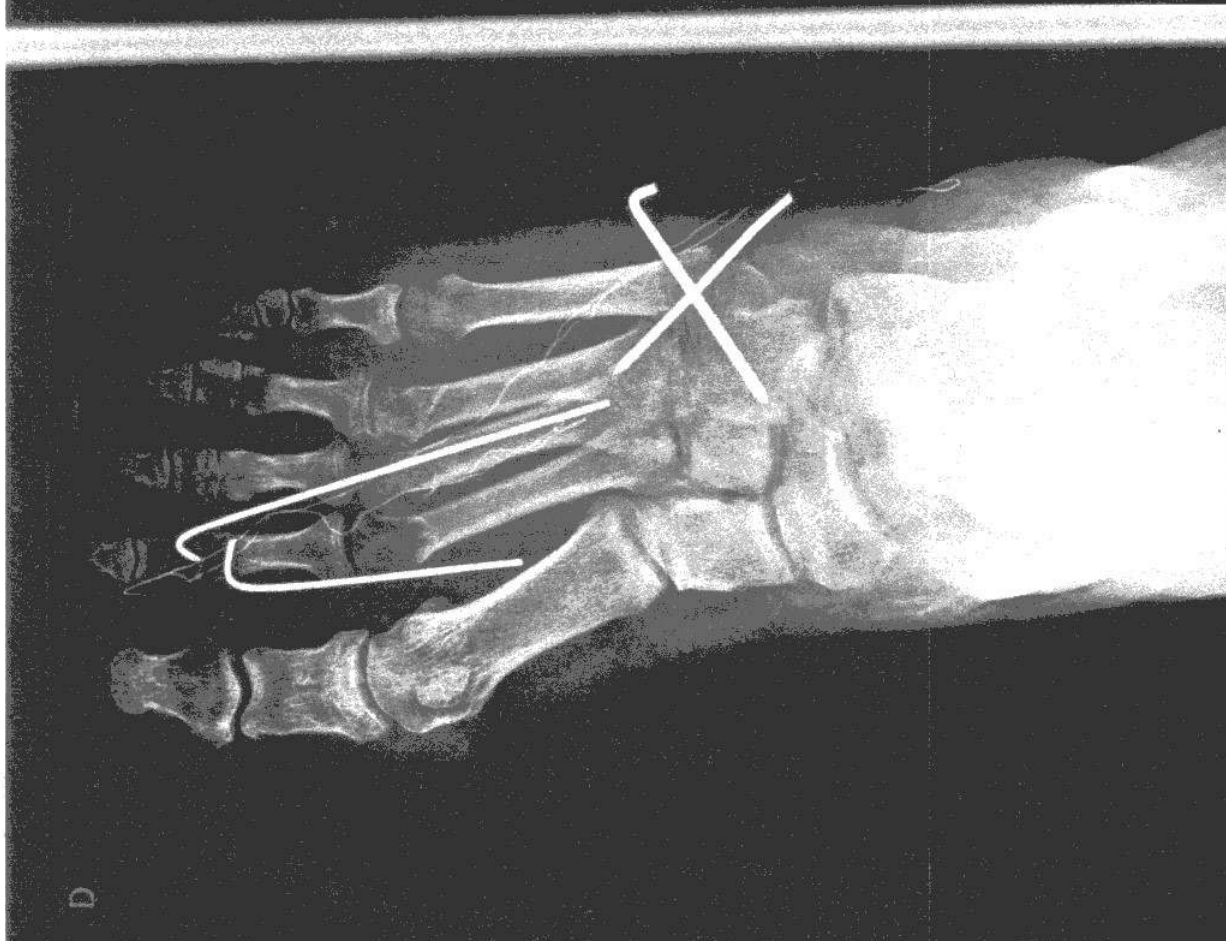
Local e Data: Bea Vista - RR, 21/10/2020

Assinatura do Declarante



01/07/2020

Ana Quezia

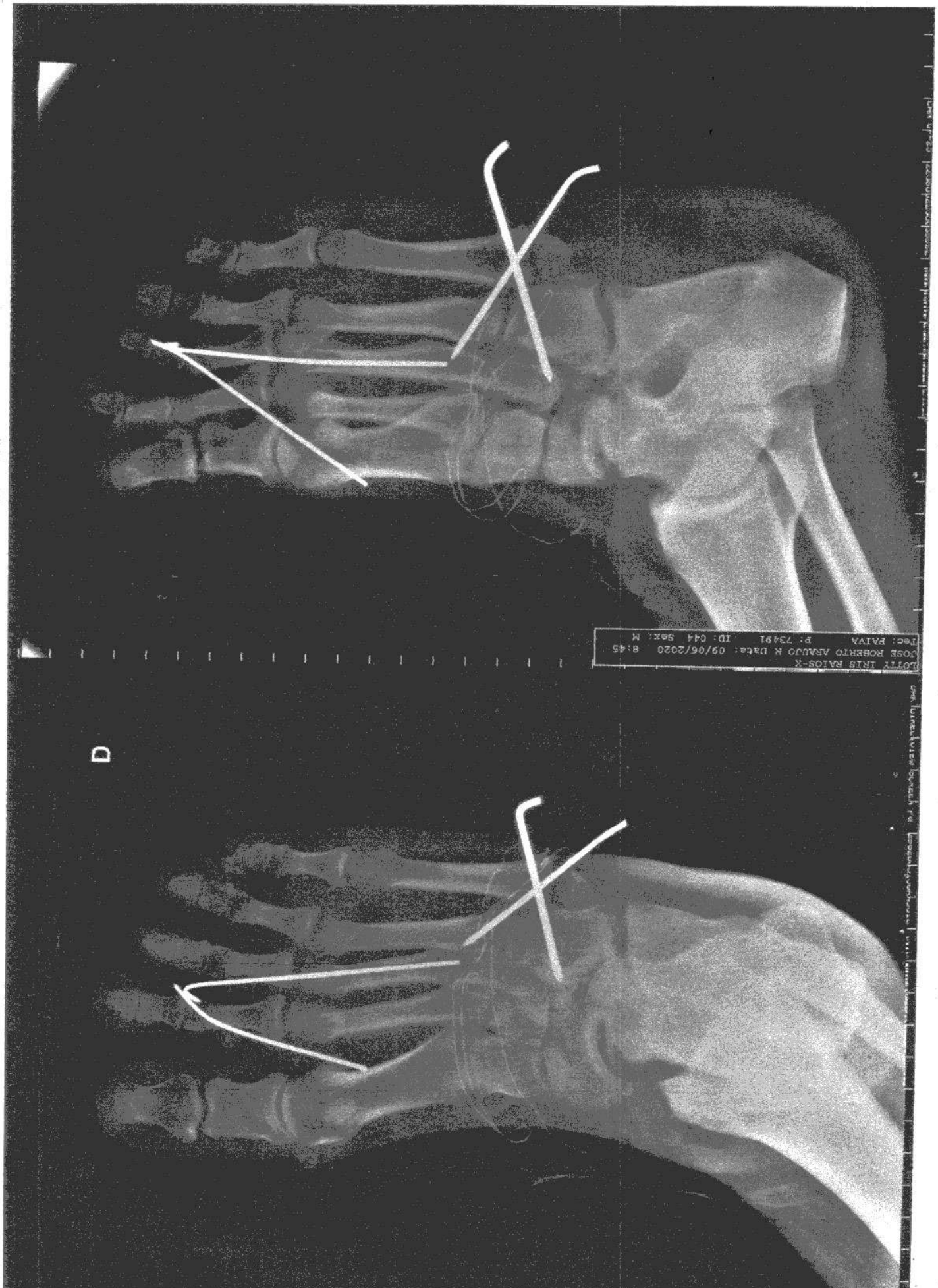


01/07/2020

JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL 4467

HOSPITAL CORONEL MOTA







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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: JOSÉ ROBERTO ARAÚJO RAIOL 44 ANOS
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 08/06/2020, COM
DIAGNÓSTICO DE FX MULTIPLA DE MTT D + LUX DE LISFRANC E NO DIA
08/06/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OSTEOSSÍNTESE + REDUÇÃO SENDO
OPERADO PELO DOUTOR DR LEONARDO E P/ DR DR VITOR PARACAT
RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA 09/06/2020 ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM 01 (UMA) SEMANAS, COM O
DOUTOR DR LEONARDO.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALA SOB ORIENTAÇÃO DO DR. ILDOENSON

terça-feira, 9 de junho de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

Dr. Lael do Santos da Silva
Ortopedia e Traumatologia

15/05/2020

...: Guia de Atendimento 17 ...




GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

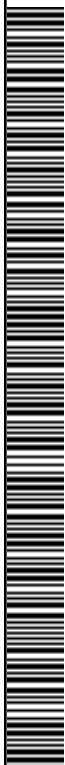
Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|--------------------------------------|--|-----------------------------------|--|--|--|--------------------------|--|---|--|--|--|
| 2001242400 | | 15/05/2020 17:50:16 | | FICHA DE ATENDIMENTO | | TRAUMATOLOGIA | | DIURNO 07-19 | | 8 | | | | | |
| Paciente JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL | | | | Data Nascimento 14/04/1976 | | Idade 44 A 1 M 1 D | | CNS | | CPF | | Prontuário | | | |
| Tipo Doc IDENTIDADE | | Documento | | Órgão Emissor Data Emissão | | Sexo M | | Estado Civil | | Raça/Cor PARDA | | Naturalidade BOA VISTA - RR | | Nacionalidade BRASILEIRA | |
| Mãe RAIMUNDA DE ARAUJO RAIOL | | | | Pai | | Contato (95) 99137-9060 | | | | | | Ocupação | | | |
| Endereço RUA - CAUBI BRASIL DE MAGALHAES - 1332 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR | | | | | | | | | | | | | | | |
| Class. de Risco | | Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | | N° da Carteira | | Validade | | Autorização | | Sis Prenatal | | | | | |
| Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO | | Caráter do Atendimento URGÊNCIA | | Profissional do Atend. | | Procedência | | Temp. | | Peso | | Pressão | | | |
| Setor GRANDE TRAUMA | | Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA | | Procedimento Sol. | | | | | | | | Registrado por: AURELIANO.ALEXANDRE | | | |
| Queixa Principal Cotelo com nódulo | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue | |
| Anamnese de Enfermagem | | | | | | | | GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 | | TOTAL | | | | | |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h) paciente trazido pelo bombeiro sobre laçada no pescoço, pi de inchado, portase de fr | | | | | | | | | | | | | | | |
| Exame Físico | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hipótese Diagnóstica trauma de pescoço | | | | | | | | | | | | | | | |
| SADT - Exames Complementares <input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRESCRIÇÃO Dipirona 0,5g 3x Toma 20mg 3x | | | | | | | | APRAZAMENTO | | OBSERVAÇÃO | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: _____ | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : : : | | | | | | | |
| óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : : : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Assinatura do Paciente ou Responsável | | | | | | | | Carimbo e Assinatura do Médico | | | | | | | |
| Impresso por: aureliano.alexandre Data Hora: 15/05/2020 17:51:51 | | | | | | | | | | | | | |  | |

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006



ORTOPEDIA

DR. LEBENSBERG

PCTE VÍTIMA DE ACIDENTE DOMESTICO, REFERINDO DOR EM PEDE

RA E EVIDÊNCIA DE FRATURAS PROXIMA DE SE MTI.

AO EXAME: DOR E EDREMA EM PEDE, S/ SINAIS DE LESÃO NEUROVASCULAR. LESÃO CONTUSIVA EM REGIÃO POSTERIOR DO PEDE E LESÕES.

CD: - GURATIVO + ACETATO

- TALAS-BOGA


- ALTA. AUTOMATIZADO NO ANEXUÁRIO

Dr. Laet de Santos da Silva
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2015

Anexo 1

NIR

08/06/2020



SUS
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: HGR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HGR

2 - CNES:

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: João Roberto Lóiel

7 - CATEGORIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 704207188578083

8 - DATA DE NASCIMENTO: 14/04/1976

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Raimunda da Araujo Raio

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): R. Cambi Brasil, var. no. 1332 Senador Heuio Compo

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: BO

9 - Nº DO PRONTUÁRIO: 180362

11 - SEXO: Masc. ☒ Fem. ☐

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 915 9911379060

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 140000

15 - UF: RR

16 - CEP: 69314-518

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Ex. de lesão + Ex. múltiplas MTT

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Doença

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Ex. de lesão + Ex. múltiplas MTT

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Ex. de lesão + Ex. múltiplas MTT

21 - CID 10 PRINCIPAL:

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: No cor

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: Dr. Leonardo Roberto

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 08/06/20

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

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 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:

45 - DOCUMENTO:

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 8/6/20

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 04080504675927



BOLETIM OPERATÓRIO

José Roberto Abil.

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 08/08/20

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fr. L. Lisfranc + Fr. 32+4-MTV

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: DD cer fr L. Lisfranc + múltiplos MTV.

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Leonardo

1º AUXILIAR: Dr. Vitor Bonow

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: Dr. Vinícius

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Paciente em DD 14 sob plano anteroposterior

2) Assupção + Antissupção

3) Redução imediata + fixação de 5-MTV no ant. de Lisfranc e 2 fixes de 20

4) Aaro dorsal em pt. + divulsões por planos e fixação de 2 + 3-MTV e 2 fixes de 1,5.

5) Revisão radiológica +

6) Sutura

7) Curativo

8) RPA

...: Guia de Atendimento 17 :...




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

| 1ª Classificação | Reclassificação |
|------------------|-----------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> Vermelho |
| | <input type="checkbox"/> Laranja |
| | <input type="checkbox"/> Amarelo |
| | <input type="checkbox"/> Verde |
| | <input type="checkbox"/> Azul Ass |

Reclassificação

| | |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Vermelho |
| <input type="checkbox"/> | Laranja |
| <input type="checkbox"/> | Amarelo |
| <input type="checkbox"/> | Verde |
| <input type="checkbox"/> | Azul Ass. |

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

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------------|--|--|--|---|--|--------------|------------|-----------------|--|
| 2001248560 | | 08/06/2020 07:59:59 | | FICHA DE ATENDIMENTO | | TRAUMATOLOGIA | | DIURNO 07-19 | | 1 | |
| Paciente | | | | Data Nascimento | | Idade | | CNS | | CPF | |
| JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL | | | | 14/04/1976 | | 44 A 1 M 24 D | | | | | |
| Tipo Doc | | Documento | | Órgão Emissor | | Data Emissão | | Sexo | | Estado Civil | |
| IDENTIDADE | | | | M | | | | RAÇA/COR | | Naturalidade | |
| Mãe | | | | Pai | | | | PARDA | | BOA VISTA - RR | |
| RAIMUNDA DE ARAUJO RAIOL | | | | | | | | | | BRASILEIRA | |
| Endereço | | | | | | | | | | Contato | |
| RUA - CAUBI BRASIL DE MAGALHAES - 1332 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR | | | | | | | | | | (95) 99137-9060 | |
| | | | | | | | | | | Ocupação | |
| Class. de Risco | | Plano Convênio | | Nº da Carteira | | Validade | | Autorização | | Sis Prenatal | |
| | | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | | | | | | | | | |
| Motivo do Atendimento | | Caráter do Atendimento | | Profissional do Atend. | | Procedência | | Temp. | | Peso | |
| OUTROS | | URGÊNCIA | | | | | | | | Pressão | |
| Setor | | Tipo de Chegada | | Procedimento Sol. | | | | | | Registrado por: | |
| GRANDE TRAUMA | | DEMANDA ESPONTANEA | | | | | | | | ADAO | |
| Queixa Principal | | | | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue | | | | | | | |
| Anamnese de Enfermagem | | | | GSC | | | | TOTAL | | | |
| | | | | AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 | | | | | | | |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) | | | | | | | | | | | |
| Ex 2.3x H=UTI + Lis foc c. | | | | | | | | | | | |
| Ao GT - Angor para CC | | | | | | | | | | | |
| Exame Físico | | | | | | | | | | | |
| Dr. Leonardo Rabelo Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1715 / RQE 814 | | | | | | | | | | | |
| Hipótese Diagnóstica | | | | | | | | | | | |
| SADT - Exames Complementares | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____ | | | | | | | | | | | |
| PRESCRIÇÃO | | | | | | APRAZAMENTO | | | OBSERVAÇÃO | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Conduta | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica | | | | | | <input type="checkbox"/> Ambulatório | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Alta a Pedido | | | | | | <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Alta a Revella | | | | | | <input type="checkbox"/> Internação | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Transferência para: _____ | | | | | | Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____ : ____:____ | | | | | |
| óbito | | | | | | | | | | | |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica ____/____/____ : ____:____ | | | | | | | | | | | |
| Assinatura do Paciente ou Responsável | | | | | | Carimbo e Assinatura do Médico | | | | | |
| Impresso por: adao | | | | | | | | | | | |
| Data Hora: 08/06/2020 08:02:17 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 2001248560 | | | | | | | | | | | |

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

JOSE ROBERTO ARAUJO RADEL

44. 28/06/2020

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

NÃO HOUVE

| AGENTES | | N | | 15 | | 30 | | 45 | | 15 | | 30 | | 45 | | 15 | | 30 | | 45 | |
|---------------------------|--|----------|--|------------------------------|--|---|--|----|--|----|--|----|--|----|--|----|--|----|--|----|--|
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LÍQUIDOS- VENOSOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ULSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEMP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ASPIR. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Export | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Assist | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SÍMBOLOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AGENTES | | DOSES | | TÉCNICA | | ANOTAÇÕES | | | | | | | | | | | | | | | |
| A fentanil | | 100mcg | | RAQUIMANESTESIA PARAMED. | | MONITOR: SpO ₂ , FC, PA, T, FCG. | | | | | | | | | | | | | | | |
| B Midazolam | | 5mg | | ANA @ LAMAR SIMPLES | | ① AUP ② CN D ₂ 22/min | | | | | | | | | | | | | | | |
| C Bupivacaína | | 15mg | | "TÉCNICA ASÉPTICA Ltg | | ③ Scopolin + fentanil 100mcg | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | C/ Agulha 27G de Quinck | | Midazolam 5mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| E | | | | Ventilada espontânea | | ④ racina Ltg ex. | | | | | | | | | | | | | | | |
| F | | | | | | ⑤ RAQUIMANESTESIA 15mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | Hiperbarica | | | | | | | | | | | | | | | |
| GLICOSE | | LÍQUIDOS | | Cânula - Naso / Oro Faríngea | | ⑥ DILUTADA 40mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| INDCO | | | | Naso / Orotraqueal - Cega | | ⑦ Trazic 40mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| SANGUE | | | | Bal - Temp - Calibre do Tubo | | ⑧ Hiperbarica | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Sub Máscara | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Dificuldade Técnica | | NÃO HOUVE | | | | | | | | | | | | | | | |
| SF 0.9% 750 | | | | TEMPO DE ANESTESIA | | 340 - 9:50h (1:10h) | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OPERAÇÃO | | | | | | Luzado de PE @ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANESTESIA | | CÓDIGO | | CIRURGIÃO | | PERDA SANGÜÍNEA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dr. Ubirajara + Ra Delaun | | | | Dr. Vitor Paracat | | COMPARAVAL | | | | | | | | | | | | | | | |

Brasão do Estado de Roraima
1962-1963-1964

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 26/20
PACIENTE: João Roberto A. Reis DN: 14476
DIAGNÓSTICOS: fratura exposta D

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: _____

2- PACIENTE: (☒) ACAMADO () DEAMBULA () O2 SUPLEMENTAR

3- DIETA: (☒) VIA ORAL () SNE () OUTRA _____

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? () SIM () NÃO
() AGUARDANDO _____

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? () SIM () NÃO
() AGUARDANDO _____

6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? () SIM () NÃO
() AGUARDANDO _____

7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? () SIM () NÃO
() AGUARDANDO _____

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: _____
PA: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____ SATO2: _____

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

Ceftriaxona + Salvoletto

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

paciente evoluindo bem

Boa Vista, 8 de junho de 2020. Hora: _____

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:

(☒) HC () HLI () HMI () OUTRO _____

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964

**SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA**

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

| | | | | | |
|--|-----------------------------|--|------------------------------|--------------------------------------|----------------|
| NOME DO PACIENTE | | Idade: 44 | APT° OU LEITO | N° DO PRONTUÁRIO | DATA |
| João Roberto Araújo Reis | | | | | 03 / 06 / 2020 |
| CIRURGIA | | | | | |
| TIPO | | | TEMPO DE DURAÇÃO | | |
| Amputação em 2° (D) | | | INÍCIO | FIM | TEMPO TOTAL |
| | | | 09:10 | 09:40 | |
| EQUIPE MÉDICA | | | | | |
| CIRURGIÃO | | ANESTESISTA | | | |
| Dr. Leonardo / Dr. Vítor Pantoja | | Dr. (R) Zurek H. D'ARAZ | | | |
| 1° AUXILIAR | | INSTRUMENTADOR | | | |
| Dr. (R) Marcos | | | | | |
| 2° AUXILIAR | | CIRCULANTE | | | |
| Dr. (R) Augusto | | Zurek / Grande | | | |
| TIPO DE ANESTESIA | | TEMPO DE DURAÇÃO | | | |
| Rápidos | | | | | |
| QUANT. | MATERIAIS | VALOR | QUANTID. | MEDICAMENTOS | VALOR |
| | CATGUT SIMPLES N° | | | HORAS DE OXIGÊNIO | |
| | CATGUT SIMPLES N° | | | FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc 250ml | |
| | CATGUT SIMPLES N° | | | FRASCO SORO | |
| | CATGUT N° | | | FRASCO SORO GLICOSADO %cc | |
| | CATGUT CROMADO N° | | | FRASCO SORO GLICOSA %cc | |
| | CATGUT CROMADO N° | | | XILOCAÍNA %cc | |
| | CATGUT ATRAUMÁTICO RETO | | | FLAXEDIL | |
| | CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO | | | FLUOTHANE | |
| | FIOS DE SEDA N° | | | PENTRANE | |
| | FIOS DE ALGODÃO N° | | | ENTRANE | |
| 1 | MONONYLON COM AGULHA N. 2.0 | | | ÉTER | |
| | MONONYLON SEM AGULHA | | | ATROPINA | |
| 1 | UNIDADES DE GAZE | | | PROSTGMINE | |
| 1 | PÁRES DE LUVAS N° 8,5 | | | THIONEMBUTA | |
| | EQUIPOS PARA SORO | | | MARCAÍNA | |
| | ROLOS DE ESPARADRAPO | | 7 | INOVAL 25mg 10ml | |
| | DRENOS N° | | | GLICOSE % | |
| | SONDAS N° | | | ÁGUA OXIGENADA | |
| 1 | AGULHAS 1/2 Requin | | | MERTHIOLATE | |
| 7 | COMPRESSAS 7x7 cm 30x30 | | 7 | MERCURIO BROMO Algodão ortopédico | |
| 7 | LÂMINAS PARA BISTURI N. 15 | | 100ml | Alcool 70% | |
| 7 | Algodão Crepom | | 3 | Escuri 1/2 Degumação | |
| SOMA | | | SOMA | | |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS | | | DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE | | VALOR |
| INSTRUMENTADOR(A) | | ENFERMEIRA CHEFE | | MATERIAL | |
| | | Juelma | | MEDICAMENTOS | |
| | | | | SUB-TOTAL | |
| FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS | | FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO | | TAXA DE SALA | |
| | | | | TAXA DE ANESTESIA | |
| | | | | SOMA | |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE | | | | | |



2020

Via de Pagamento para o mes/ano 05/2020 referente a UC: 1089170



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

| | | |
|---------------|------------|-----------------------|
| CÓDIGO ÚNICO | MÊS | PERÍODO DE CONSUMO |
| 1089170 | 05/2020 | 25-APR-20 a 25-MAY-20 |
| CONSUMO (kWh) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
| 653 | 11-JUN-20 | R\$ 554,71 |

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

| | | |
|--------------|---------|---------------|
| CÓDIGO ÚNICO | MÊS | TOTAL A PAGAR |
| 1089170 | 05/2020 | R\$ 554,71 |

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORUF
114807 SSP RR

CPE
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO
0110192304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

51096

750009.000000001081.917005200055



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
DEPARTAMENTO NACIONAL DO TRANSITO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL
DOC IDENTIFIC. (ORG. EMISSOR)
2689636 SSP PA

CPF 467.814.472-20 **DATA DO NASCIMENTO** 14/04/1976

PLACAO RAIMUNDO MARTINS RAIOL
RAIMUNDA DIAS DE ARAUJO

PERMISSÃO ☒ **CCC** ☒ **CATIAE** ☒ **AB**

VALIDADE 25/07/2022 **VALIDAÇÃO** 17/06/2002

Nº REGISTRO 02422833701

PROIBIDO PLASTIFICAR
1477121389

LOCAL BOA VISTA, RR
ASSINATURA DO PORTADOR *João Roberto Araújo Raiol*
ASSINATURA DO DETENTOR *Antonio Francisco Bezerra Marques*
DATA DE EMISSÃO 27/07/2017
56695015007
RR209326913

RORAIMA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1477121389



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200302726

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

Data do acidente: 15/05/2020

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º AO 4º METATARSOS DO PÉ DIREITO (LISFRANC)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P3 P7 P8 P12)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM P2

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 pés | 50 % | Em grau leve - 25 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200302726

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

Data do acidente: 15/05/2020

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º AO 4º METATARSOS DO PÉ DIREITO (LISFRANC)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P3 P7 P8 P12)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM P2

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 pés | 50 % | Em grau leve - 25 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Jose Roberto Araujo Raiol
NACIONALIDADE: brasileiro
PROFISSÃO: Açougueiro
IDENTIDADE: 2689636 SSP/PA
ENDEREÇO: Rua. Caubi Brasil Magalhães, 1332 Q 382-SHC.

OUTORGADO

NOME: Elcio Inacio de Souza
NACIONALIDADE: brasileiro
PROFISSÃO: Autônomo
IDENTIDADE: 184.807 SSP/RR
ENDEREÇO: Rua. Antônio Pinheiro Galvão, 1832, Curitiba

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: 15/05/2020 cobertura Invalidez, vítima:

Jose Roberto Araujo Raiol

Jose Roberto Araujo Raiol

OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 20 DE Agosto /2020.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237487/20

Vítima: JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

CPF: 467.814.472-20

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 15/05/2020

Titular do CPF: JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

CPF de: Próprio

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

JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL : 467.814.472-20

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: 24/08/2020
Nome: JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL
CPF: 467.814.472-20

JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

