

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: 2915501620201123162603

Processo 0800520-95.2020.8.23.0005 ☆ - (19 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 <p> Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória </p>					
Filtros <p> Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): _____ ao _____ Data do Movimento(Período): _____ à _____ Descrição: _____ </p>					
10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10 500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/>	10	23/11/2020 16:26:03	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Cumprimento de intimação - Referente ao evento PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (04/11/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
	10.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2766521CONTESTACAO01.pdf	Público
	10.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2766521CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
	10.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
	9	12/11/2020 12:15:30	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 12/11/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (04/11/2020) e ao evento de expedição seq. 8.	ALVARO LUIZ DA COSTA FERNANDES Advogado	
	8	12/11/2020 05:27:17	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (04/11/2020)	Leidson da Silva - SJRI Analista Judiciário	
	7	04/11/2020 15:30:46	DESABILITAÇÃO DE PARTE EM PROCESSO Parte: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (Promovido)	Zilva Neta Farias Amorim Analista Judiciária	
<input type="checkbox"/>	6	04/11/2020 10:41:09	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE	SISSI MARLENE DIETRICH SCHWANTES Magistrada	
	5	03/11/2020 18:44:14	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ	
	4	03/11/2020 18:44:14	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ	
	3	03/11/2020 18:44:14	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ	
	2	03/11/2020 18:44:14	DISTRIBUÍDO PARA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA Vara Cível Única de Alto Alegre	SISTEMA CNJ	
<input type="checkbox"/>	1	03/11/2020 18:44:13	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Roberto Fernandes da Silva Advogado	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200276106 **Cidade:** Alto Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALMIR PEREIRA GOMES **Data do acidente:** 25/07/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P3,4,10,11,12,14,15)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO DO IML Nº 0285/2019/IML/RR

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50





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, 05 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200276106

Vítima: VALMIR PEREIRA GOMES

Data do Acidente: 25/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALMIR PEREIRA GOMES

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 16002413

Pag. 01791/01792 - carta_01 - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ6HF KBX6P CNCFR RY4NU



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, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200276106

Vítima: VALMIR PEREIRA GOMES

Data do Acidente: 25/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALMIR PEREIRA GOMES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com a narrativa detalhada do acidente, pois o entregue não esclarece como o acidente ocorreu.
------------------------------	--

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

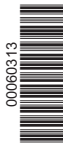
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16009000

Pag. 00625/00626 - carta_03 - INVALIDEZ



0060313

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: PJ6HF KBX6P CNCFR RY4NU





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, 16 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200276106

Vítima: VALMIR PEREIRA GOMES

Data do Acidente: 25/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALMIR PEREIRA GOMES

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 superiores 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: VALMIR PEREIRA GOMES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 00000522-3

Conta: 000000021551-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00177700178 - carta_15R - INVALIDEZ



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ6HF KBX6P CNCFR RY4NU



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 580.844.362-87 Nome completo da vítima: JALMIR PEREIRA GOMES

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

Nome completo: JALMIR PEREIRA GOMES CPF: 580.844.362-87
 Profissão: AGRICULTOR Endereço: VIC, 02, km 3,5 VILA REISLANDIA Número: 514 Complemento: _____
 Bairro: ZONA RURAL Cidade: ALTO ALEGRE Estado: RR CEP: 69350-000
 E-mail: _____ Tel.(DDD): 551 58412-2235

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: BRADESCO
 AGÊNCIA: 522 3 CONTA: 0021551 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
Vivos: Falecidos:

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____
 Local e Data: ALTO ALEGRE, RR 15/07/20
 Nome: JALMIR PEREIRA GOMES
 CPF: 580.844.362-87

TESTEMUNHAS
 1ª | Nome: WENISON L. VIANA
 CPF: 819.901.702-34
Wenison L. Viana
 Assinatura

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

 Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Valmir Pereira Gomes
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. **Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.**
2. **Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.**
3. **Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).**
4. **Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.**
5. **Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.**
6. **Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.**







ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE ALTO ALEGRE
 "Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

REGISTRO Nº 626/2018	Hora: 08H36Min	Data: 28 de Setembro de 2018
DADOS DO (A) COMUNICANTE:		
Nome: VALMIR PEREIRA GOMES		
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: SOLTEIRO	PROFISSÃO: AGRICULTOR
Nome do Pai: RAIMUNDO PERIRA GOMES		
Nome da Mãe: MARIA MARTINS GOMES		
Identidade: 3218917 SSP/RR		
Escolaridade: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Sexo: MASCULINO	CPF: 580.844.362-87
Naturalidade: SÃO JOÃO DO ARAGUAIA-PA	Data de Nascimento: 30/10/1974	Idade: 43 ANOS
Endereço: RUA PEDRO VIANA, S/Nº		
Bairro: MUTIRÃO	Cidade/UF: ALTO ALEGRE	Telefone: PJ
DADOS DA OCORRÊNCIA:		
Local do Fato: VILA REISLANDIA - PAREDÃO		BAIRRO: ZONA RURAL
Cidade: ALTO ALEGRE	Hora: 22:30HORAS	DATA: 25/07/2018
Objeto: MOTOCICLETA		
DADOS DO AUTOR / SUSPEITO ou VÍTIMA		
Nome: VALMIR PEREIRA GOMES (VÍTIMA)		
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA		
RELATO DO FATO:		
SENHOR DELEGADO, COMPARECEU A ESTE DEPOL O COMUNICANTE ACIMA QUALIFICADO PARA NOS COMUNICAR QUE: QUE NA DATA ACIMA MENCIONADA, VINHA DA VILA REISLANDIA PAREDÃO E SOFREU UM ACIDENTE EM UMA MOTOCICLETA HONDA /NXR160 BROS ESDD, ANO DE FABRICAÇÃO 2015 ANO MODELO 2016 DE COR VERMELHA, PLACA NAQ 4133 E CHASSI 9C2KD0810GR423324 EM NOME DE JOSIMAR MARTINS GOMES E QUE EM TAL ACIDENTE O COMUNICANTE QUEBROU O BRAÇO DIREITO E O MESMO ESTA REGISTRADO ESSE BO PARA DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT. ERA O QUE TINHA A COMUNICAR.		
 JOÃO LIVAMAR RODRIGUES PINHO AGT. POLICIAL MATRICULA 42000599	 VALMIR PEREIRA GOMES COMUNICANTE	

DESPACHO DO DELEGADO:

- Aguarde novos fatos em cartório;
 Fato Atípico. Arquive-se;
 Encaminhe-se a (o) _____;
 Intime-se _____; Junte-se _____;
 Intime-se Representação da vitima; OM para SO investigar e relatar em ____ dias; Aguardar Representação da vitima; Outros:

Alto Alegre / RR, 28 de Setembro de 2018.

 WESLEY COSTA DE OLIVEIRA
 DELEGADO TITULAR/DPAA



DELEGACIA DE ALTO ALEGRE
 Av. João XXIII, nº 517 - Centro - Alto Alegre

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: PJ6HF KBX6P CNCFR RY4NU



12/03/2019

Via de Pagamento para o mes/ano: 01/2019 referente a UC: 5528372



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: 2124215

FRANCISCO PEREIRA GOMES

VC 02, S/N, KM 3,5

RURAL

69350000 VILA REISLANDIA

RR

CÓDIGO ÚNICO 5528372	MÊS 01/2019	PERÍODO DE CONSUMO 10-DEC-18 a 10-JAN-19
CONSUMO (kWh) 113	VENCIMENTO 26-JAN-19	TOTAL A PAGAR R\$ 68,38

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 5528372	MÊS 01/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 68,38
--------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

836400000003.683800750005.000000005520.837201190050



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, VALMIR PEREIRA GOMES

RG nº 564640-5, data de expedição 13/03/19, Órgão SSPI RR

CPF nº 580.844.362-87, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>UIC. 02, Vila Reilandia</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	<u>Km, 3,5</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>DHTO ALÉGRE</u>
Estado	<u>RO RAIMA</u>
CEP	<u>69350-000</u>
Telefone de Contato	<u>(95) 58412 - 2235</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: DHTO ALÉGRE, RR 17/07/20

Assinatura do Declarante: Valmir Pereira Gomes





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, JOSIMAR MARTINS GOMES

RG nº 254.358 SSP/RR, data de expedição 13/09/02

Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 002.462.852-22

com domicílio na cidade de ALTO ALEGRE, no Estado de

RORAIMA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

AV: BELO HORIZONTE, nº 515V

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

VALMIR PEREIRA GOMES, cujo o condutor era

Veículo: MOTO Modelo: BMW Ano: 2016

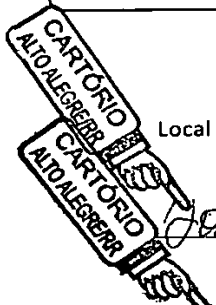
Placa: NAQ Chassi: 9C2K008106R423324

Data do Acidente: 25/07/2018

Local e Data: ALTO ALEGRE, RR 13/07/20

Josimar Martins Gomes
Assinatura do Declarante

Valmir Pereira Gomes
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - COMARCA DE ALTO ALEGRE - RR
Av. João XXIII, n.º 1.071, Centro - CEP: 69.350-000 Telefone: (65) 3269-1753
Registro Civil de Pessoas Naturais e Jurídicas, Registro de Títulos e Documentos, Registro de Imóveis, Tabelionato de Notas e Protestos

CARTÓRIO
Rodrigues Martins

RECONHECIMENTO
Reconheço a assinatura por AUTÊNTICAÇÃO:
(1) JOSIMAR MARTINS GOMES; (2) VALMIR PEREIRA GOMES
Alto Alegre/RR, 14 de Julho de 2020.

SELO TJRR: REC FIR 158263E9VRL52RQDE2EC05,
REC FIR 1582639OM1CDBJAWBFY2. Date/Hora: 14/07/2020
15:43:31. Total: R\$ 9,42. Emolumentos: R\$ 6,12. FECOM: R\$ 0,26.
FISCALIZACAO: R\$ 0,26. FUNDEJURR: R\$ 0,52. ISS: R\$ 0,26. Selo: R\$ 3,00. Consulte em <http://cidacao.portalalgorr.com.br>.

ELLEN SOBRAL SANTOS - Escrevente Geral
ELLEN SOBRAL SANTOS - Escrevente Geral

CARTÓRIO RODRIGUES MARTINS
ALTO ALEGRE RR

Ellen Sobral Santos
Escrevente Geral
CARTÓRIO RODRIGUES MARTINS

Fátima de Lima
Auxiliar de Cartório
CARTÓRIO RODRIGUES MARTINS

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: PJ6HF KBX6P CNCFR RY4NU



GOVERNO DE RORAIMA
CALAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Valuanna Paulina Gomes RECEITUÁRIO

Laudos Médicos

Paciente vítima trauma em
cotovelo (D) e fraturas baciais
Quadr. Posterior T10 e L1/L2.
Hoje em acompanhamento
ambulatorial para equipe ortó-
pédica. No momento ingressa
deitado na Realizar suas
atividades cotidianas. Sobem para
ambulatorial 90 dias.

200918
DATA

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 19171RP
Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro - 69200-000
CEP: 69.301-150 - CNPJ: 04.013.400/0001-00

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ6HF KBX6P CNCFR RY4NU





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO ALEGRE

POSTO DE SAÚDE ANA PEREIRA



RECEITUÁRIO

NOME: VALMIR PEREIRA Gomes 44º

Ordem

*Ordem para os exames fise que o mesmo
está realizando o tratamento fisioterapêutico.
No posto médico de alto alegre, exames
há uma fatura de exames devido.
Foi enviado cobrando um prazo em
particular, devido a falta dos materiais.
Tos de exames devido, confirmo
soluções mais.*

Atto alem,

DATA: 26/11/2020

Assinatura e Carimbo

Avenida JOAO XXIII, Alto Alegre- RR, CEP 69350-000





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
 SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
 CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS
 SAMU 192 / RORAIMA



Unidade: Pronto Socorro Mo Alegre Equipe: Tec. Junior / Serv. Joao Antonio
 Paciente: VALMIR PEREIRA GOMES Idade: 43 Sexo: M
 Endereço: VICINAL 2 VILA RESPLANATA ALTO ALEGRE
 Ponto de referência:

CHAMADA Nº 1188A DATA 05/07/18 HORA DO ACIONAMENTO: 00:13
 Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM: Faliano HORA CHEGADA NA UNIDADE: 01:48
 MOTIVO: SOCORRO TRANSPORTE REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR OUTRO

MECANISMO DE TRAUMA

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

AVALIAÇÃO INICIAL

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
<input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradpnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Eupnéico	<input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> Maciez <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente (Assistolia)	<input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> DNV <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocaria <input type="checkbox"/> Otorréia <input type="checkbox"/> Otorragia <input type="checkbox"/> Rinorragia <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	Trauma	APGAR
Início	110 x 90	75	23	97					
Fim	X								

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

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

AVALIAÇÃO CARDÍACA

<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Filuter	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Periférica <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros
--	--	---	--	--	--

GRAVIDADE COMPROVADA: ILESO SEVERA PEQUENA MORTE MÉDIA INDETERMINADA OUTRO

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro (Unidade de Destino)

Sterfson Araújo Silva
 ENFERMEIRO
 COREN-RR 377.396

MULTIPLoS MEIOS ACIONADOS
 Polícia Militar
 Guarda Municipal
 SMIRAM
 Bombeiro
 Outros:

RCP
 Iniciada as:
 Término as:
 RCP com sucesso
 RCP sem sucesso
 Obs.:
 Atendido no local

DADOS PESSOAIS DA VITIMA

Pol. Cosme e Silva - PCCS Hosp. Das Clinicas/RR - HCR

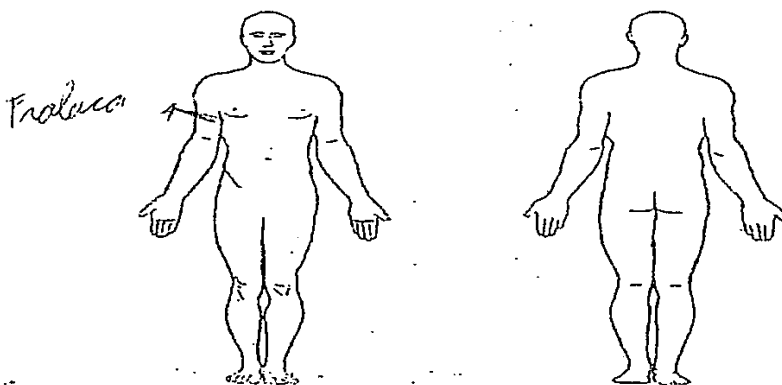
WHEAL

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: PJ6HF KBX6P CNCFR Y4NU

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

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	s: Tilatien 1- seringa de 100ML 1- Equivo 3- Biscoito de leite 1- Torneiro	
Perda de líquido: _____	BCF: _____	2- 500ml Peteca do de 200 ml	
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão			

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA		
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala			
Abre os olhos	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	Frequência Respiratória (mov/min)	10 - 24	4
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 33	3
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		> 36	2
Orientado	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	01 - 09	1	
	Orientado	Orientado	5	0	0	
Palavras inapropriadas	Confuso	Choro irritado	4	> 90	4	
	Palavras inapropriadas	Choro e dor	3	70 - 89	3	
Sons ou gemidos	Sons ou gemidos	Gemido e dor	2	50 - 69	2	
	Nenhuma	Nenhuma	1	01 - 49	1	
Obedece solicitações	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	0	0	
	Localiza a dor	Retiro ao toque	5	14 a 15	5	
Flexão normal	Flexão normal	Retiro a dor	4	11 a 13	4	
	Flexão anormal	Flexão normal	3	8 a 10	3	
Extensão a dor	Extensão a dor	Flexão anormal	2	5 a 7	2	
	Nenhuma	Nenhuma	1	3 a 4	1	



Cliente, Valmir, de 43 anos com uma possível fratura no membro superior direito, foi encaminhado para o HEAL.

José de Sousa Castro Júnior
 M.C. Enfermeiro
 COREM-RR 001145528

CONFERE O ORIGINAL
 EM 20/10/2020
 [Assinatura]

212 - 3



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Valmir Pereira Gomes, 43 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 26/07/18, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura - Lúmen - lateral (D)

NO DIA 10/08/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteossíntese da fratura - Lúmen - lateral (D) SENDO

OPERADO PELO DR. Dulson E DR. Marcelo A.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 13/08/18, AS 12,20h EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTANO DIA 30/08/18, AS 8,00h, COM O
DR. Pablo

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Marcelo A.

BOA VISTA, 13/08/18

Dr. Odinachi Okemba
Médico Residente em
Ortopedia e Traumatologia
RORAIMA - 1935 ROR

MEDICO

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ6HF KBX6P CNCFR RY4NU



815 - 3

884087065

Valmir Jesus Gomes
13 21 08 18
11

10 08 18
11
13 08 18
13 08 18

13 08 18

13 08 18
13 08 18

João Alves

13 08 18





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
 SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
 CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGENCIAS
 SAMU 192 / RORAIMA



FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade: Unidade Alto Alegre Equipe: Tec. Junior / Serv. José Antonio
 Paciente: VALMIR PEREIRA GOMES Idade: 43 Sexo: M
 Endereço: VIGINAL 2 VILA RESPLANJA ALTO ALEGRE
 Ponto de referência:

Nº 11882 DATA 05/07/18 HORA DO ACIONAMENTO: 00:13
 Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM: Faliam HORA CHEGADA NA UNIDADE: 0:48

MOTIVO: SOCORRO TRANSPORTE REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR OUTRO
 MECANISMO DE TRAUMA:
 AUTOMÓVEL: Capotamento Alropelamento Colisão Motorista Passageiro Banco dianteiro Passageiro Banco traseiro
 Uso do cinto Vítila projetada Vítila encarcerada Air Bag
 MOTO/BICICLETA: Acidente com moto X Queda de moto Bicicleta queda de Bicicleta
 Com capacete Sem capacete condutor passageiro
 VIOLÊNCIA: FAB FAF Espancamento Violência Doméstica Violência Sexual Tentativa de suicídio Outro:
 OUTROS: Ac. De Trabalho Local Trajeto Queda, Altura aprox.: Acidente Doméstica Queimadura Agente Agressão p/ animal Outros:

AVILIAÇÃO INICIAL:
 Vias Aéreas: Dispneia Bradpnéia Taquipnéia Resp. Ruidosa Obstruída Apneia Eupnéico
 Ventilação: M.V. Diminuído M.V. Ausente Hipertimpanismo Maciez Ferida Aspirativa
 Circulação: Bradicardia Taquicardia Arritmico Enchimento capilar acima de 2" Ausente (Assistolia)
 Aval. Neurológica: AVON DNV Miose Midríase Anisocoria Otorrécia Otorragia Rinorragia Aparentemente alcoolizado

SINAIS VITAIS E ESCORES:
 Hora: 00:48 P.A mm/Hg: 33x90 F.C bpm: 75 F.R Mpm: 23 Sat O₂ %: 97 T.°C: 36.5 Esc. visual anal. EVA "DOR": 0 Glicemia: 97 Trauma: 0 APGAR: 10

AVILIAÇÃO SECUNDÁRIA:
 Pale: Corada Quente Pálida Fria Úmida Seca Cianótica
 Cabeça: Contusão Escoriação Laceração Hematoma Afundamento Fer. Penetrante
 Face: Contusão Escoriações Lacerações Feitimento ocular
 Pescoço: Escoriações Lacerações Hematoma Desvio da traquéia Enfisema Sub-Cutâneo
 Tórax: Escoriações Lacerações Tórax Instável Resp. paradoxal Tamponamento
 Abdome: Escoriações Lacerações Distendido Em tábua Doloroso Evisceração
 Pele: Contusão Escoriações Dor Instabilidade
 Coluna Dorsal: Contusão Hematoma Dor
 Membros: Contusão Escoriações Lacerações Luxações Fratura superior direita Amputação Esmagamento

AVILIAÇÃO CARDÍACA: Ritmo Sinusal Taquicardia Bradicardia Filiter Fibrilação atrial Fibrilação ventricular Assistolia
 AFEÇÃO CLÍNICA: Respiratória Neurológica Psiquiátrica Metabólica Cardiovascular Outros Digestiva Infecciosa Obstétrica Periférica Aborto
 HISTÓRIA PEGRESSA: Diabetes Alergias Cardiopatia Outros HAS Medicação de uso

GRAVIDADE COMPROVADA: ILESO SEVERA PEQUENA MÉDIA MORTE INDETERMINADA OUTRO

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro (Unidade de Destino):
Sterfson Araújo Silva
 ENFERMEIRO
 COREN-RR 377.196
 Polícia Militar Guarda Municipal SAMTRAN Bombeiro Outros:

INCIDENTE: Cancelamento Recusa de Atendimento Não se encontrou no local Recusa de hospitalização Tránsito Bombeiro no local:
 Iniciada as: Término as: RCP com sucesso RCP sem sucesso
 Obs.:
 DADOS PESSOAIS DA VITIMA

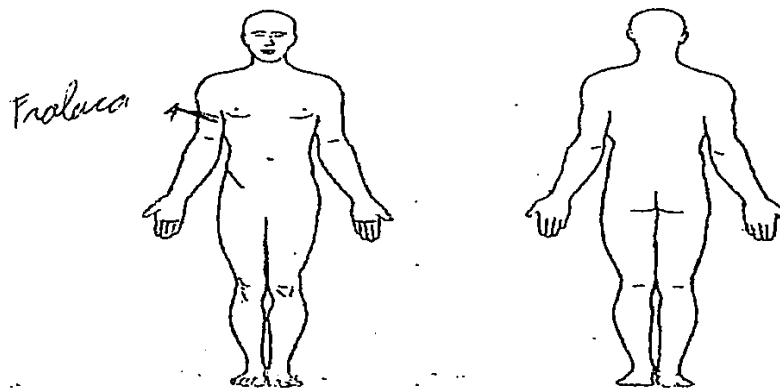
IC: Atendido no local Pol. Cosme e Silva - PCCS Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
 CONFERE C/ ORIGINAL
 EM 22/07/18
 [Assinatura]

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: PJ6HF KBX6P CNCFRY4NU

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

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	1- Titulatin 1- Serenon de 10mg/L 1- Biscoito de leite 1- Equiubo 1- Torneiro 2- Soro Ricosado de 200 ml	
Perda de líquido: _____	BCF: _____		
[] Com cartão [] Sem cartão			

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



Cliente, Valmir, de 43 anos com uma possível fratura no membro superior direito, foi encaminhado para o HEAL.

José de Sá Castro Júnior
 Fc. Enfermagem
 COREN-RR 001145628

CONFERE O ORIGINAL
 EM 20/108
 José de Sá Castro Júnior
 Fc. Enfermagem
 COREN-RR 001145628

AZUL

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

Raquel Salazar
 Coordenadora de Enfermagem
 XMEIUVE

1801002376 30/08/2018 11:19:31 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA DIURNO 07-19 94

Paciente: VALMIR PEREIRA GOMES
 Data Nascimento: 30/10/1974 Idade: 43 A 10 M 0 D
 Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: PC PA Data Emissão: 03/09/2013 Sexo: M Estado Civil: NAO Raça/Cor: PARDA
 IDENTIDADE: 321891
 Mãe: MARIA MARTINS GOMES
 Endereço: RUA - GETULIO VARGAS - SN - CENTRO - ALTO ALEGRE - RR
 Ocupação: RAIMUNDO PEREIRA GOMES (95) 98409-2065

Class. do Risco: AZUL Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Profissional do Atend.:
 Motivo de Atendimento: SPA - PRONTO ATENDIM Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Procedência: Temp.: 36.60 Peso: 120 x 80 Pressão: 120 x 80
 Seta: PRONTO ATENDIMENTO Tipo da Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: ALESSANDRA CRISTINA

Queixa Principal: VEIO PARA INTERNAÇÃO COM ORTOPIEDIA, HJ Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

ADS CRIADAS NA ORTOPIEDIA

Anamnese de Enfermagem: HAS, DM e ALERGIA MEDICAMENTOSA
 GSC: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica: *Exatidão de material de Sutura*

SADT - Exames Complementares: RAO - X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>OD I - internar em hospital</i>		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. BRG. Eduardo Gomes, S/N
 Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
 30/08/2018
 Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentada neste Hospital

Conduta: Alta por Decisão Médica Alta a Pedido Alta a Revelia Transferência para:
 Ambulatório Observação (Até 24h) Internação
 Data o Hora da Saída/Alta: / /

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

Assinatura do Paciente ou Responsável _____ Carimbo e Assinatura do Médico _____

Impresso por: marcia.cristiane
 Data Hora: 30/08/2018 11:25:27



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: PJ6HF KBX6P CNCFRY4NU

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - RR 69211-000
AUTENTICAÇÃO
NOV. 2019
Certifico e dou fé que a presente
cópia é fiel reprodução integral
que foi apresentada neste Hospital





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Alto Alegre 03/10/19

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Exposição de material de sutura em cotovelo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

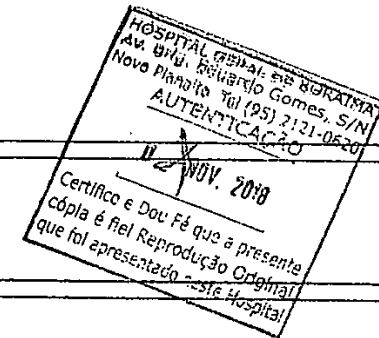
Franqueamento Cirúrgico

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

Exame Clínico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Distensão de Cotovelo Direito



21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Franqueamento Cirúrgico de Distensão de Cotovelo Direito

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Manoel Barbosa

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/08/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAB DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/08/19

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

Sequencia 0415020034
0408060190 -> M866
0408060352 -> T842
8839



Valmir Pereira Gomes - 43 anos

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima
 HGR Hospital Geral de Roraima

104-1

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE		<i>Valmir Pereira Gomes</i>	
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	DATA	<i>30/10/20</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE	<i>SN</i>	
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia (<i>100ml</i>)	<i>SN</i>	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6h	<i>12-18-24</i>	
4	TILATIL 20mg 12/12hs (<i>5mg</i>)	<i>SN</i>	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N	<i>SN</i>	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	<i>SN</i>	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	<i>SN</i>	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS	<i>12-18-24</i>	
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	<i>SN</i>	
10	SSVY + CCGG 6/6 H	<i>Rotina</i>	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	<i>SN</i>	
14	CURATIVO DIARIO	<i>Realizar</i>	
15			
16			
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

SOLUÇÃO MÉDICA:
 Ao bloco para programação cirúrgica

Roguedo para leito
104-1
Roguedo insulina

SINAIS VITAIS	PIA	FC	TAF
12H	132/88	78	36,5
17-18H	124/80	78	36
24-18H	116/80	78	36,6
06-24H	124/80	71	36,1

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.



104-1

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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE VALMIR PEREIRA GOMES		
AGNÓSTICO EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE EM COTOVELO DIREITO		
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO 104-1	DATA 31/08/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP PERVIO	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	SUSPENSO
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN	
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG.	
11	SSVV + CCGG 6/6 H	
12	CURATIVO DIÁRIO	
13	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

SINAIS VITAIS					Dr. Fernando Rezende CRM-RR 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia
# PREVISÃO DE ALTA - SEM PREVISÃO					
6H	PA	FC	FR		
12 H	130x70	75	20	36°	
18 H	100x90	70	20	36°C	
24 H	100x62	60	20	?	

Nota - Paciente estável de m. e. p. m. + SSVV
 GR - PA = 109/69
 F 70

Maria Marlene C. Barros
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN/RR 009 184 087



 Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: HOR 2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: HOR 4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: Valmir Soares Gomes 6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente apresenta no osteomielite de coluna.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ANAMNESE + EX FÍSICO + RX

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Osteomielite de Coluna.

21 - CID 10 PRINCIPAL, SECUNDÁRIO, TERCIÁRIO 22 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Dr. Danilo F. Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/1547
Especialista
10/23

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: RX + TC coluna osteomielite coluna 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

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

33 - ACIDENTE DE TRABALHO 35 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 36 - Nº DO REGISTRO DO PROFISSIONAL

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO 37 - CNPJ EMPRESA

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA 40 - Nº DO REGISTRO DO PROFISSIONAL

41 - CBOR

42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ6HF KBX6P CNCFR Y4NU





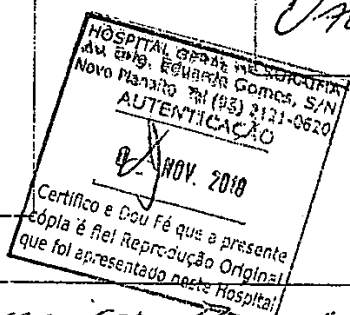
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 01/09/18 D.S. _____

Uaimir Pereira



DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: OTORMENTE COTRUCO.

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: TTO UINGÃO.

TIPO DE INTERVENÇÃO: RM5 + TTO CIRURGIA OTORMENTE COTRUCO.

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Ø

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Ø UINGÃO

CIRURGIÃO: Dr. M. M. M. M. INSTRUMENTADORA: _____

2º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTÉSICO: _____

ANFSTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

- 1) Paciente em sala sob anestesia.
- 2) Antissepsia + assepsia + campo.
- 3) Paciente em posição prona.
- 4) Incisão de 10cm.
- 5) Paciente em posição prona.
- 6) RM5 no. UINGÃO COTRUCO.
- 7) CURATIVO.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
 "Amazônia Brasileira dos Gregários"

FICHA DE ANESTESIA

ULMIRA PEREIRA GOMES

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		N°	
MB 0,3 mg/kg 08:30h. FOL 50 mg/kg 08:30h.		02.08.18	
CF I			
AGENTES			
LIQUIDOS VENOSOS			
DA X	°C	240	
ULSO O		220	
ANES X		200	
OP O		180	
TEMP		160	
ASPIR. A		140	
RESP O		120	
		100	
		80	
		60	
		40	
		20	
Exponi			
Assist			
Contro			
SIMBOLOS	A B C		
AGENTES	DOSE	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Lidocaina 1.5%	0,3 mg/kg	PRELIMINAR DO PICO BRONQUIAL	X. ANESTESIA. Admissão Roraima Estado - Curitiba (D), 4/abril/2018 - Identificação pelo sistema curitiba (D) 4/abril/2018. Identificação através sistema. - Insuficiência cardíaca (IC) (850 mg). (X) 2/1/2018
B		VIA SUPRACAROTÍDEA (D)	
C		GIRODO. POR INTERASSON.	
D		IDENTIFICAÇÃO ESPONDILOM.	
E			
F			
G			
GLICOSE	Líquidos	Canula - Naso / Oro Faríngea	
NDOD		Naso / Orotraqueal - Cega	
SANGUE		Bol - Tamp - Calibre do Tubo	
S. FOL 50 mg/kg	SOD 100	Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL	570 mg	02:00 h	
OPERAÇÃO	OSTEOMIOMECTOMIA DO CAROTÍDEO T		Laringo - Espasmo - Excesso Secm Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito
			Hemorragia - Arritmia Bradicardia - Choque
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜÍNEA
Dr. ULMIRA PEREIRA GOMES / Dr. MATEUS / Dr. FOLGADO		Dr. MATEUS / Dr. GOMES	COMPLETA

Alberto F. M. Herrera
 Médico-Anestesiologista
 CRM 3077RR

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ6HF KBX6P CNCFR RY4NU





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA
 43 anos.

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Valmir Perreira Gomes.			01 / 09 / 18.

CIRURGIA			
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
Tratamento de osteomielite de Cotovelo (p) + RMS de Fio.	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	09:05	09:50.	

EQUIPE MÉDICA	
CIRURGIÃO	ANESTESISTA: <i>Drº Fabiano / Drº Mariza</i>
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
	CIRCULANTE
	<i>Elizangela M. Isaac</i>

TIP DE ANESTESIA: <i>Sedação + B.P.B.</i>	TEMPO DE DURAÇÃO:
---	-------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml.	
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURINº 11			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCCÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA03ML				
1	SERINGA05 ML		1	CERTIFICO <i>Atadura 20 cm</i>	
	SERINGA 10ML		1	ESTERILIZANTE <i>Equipe macro</i>	
1	SERINGA20ML		1	ANTIBIOTICO <i>Clorhexidina 100-100ml</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Eléctrolitos</i>		1	PLA-CARDIACA <i>Topico 100-100ml</i>	
			1	OUTROS <i>alcohol 100-100ml.</i>	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		SUB-TOTAL
	<i>Jaqueline.</i>			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		SOMA
	<i>Gabriela.</i>	TAXA DE ANESTESIA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ6HF KBX6P CNCFR RY4NU





SAR - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Valmir Pereira Gomes (104-04)

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO	TRANSOPERATÓRIO					SRPA		Sinais Vitais			
Data: <u>01/09/18</u>	Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia				
Reg. idade: <u>43</u>	<u>08:35</u>	<u>09:05</u>	<u>08:45</u>	<u>09:50</u>	<u>09:55</u>	<u>Talambula de colomel + RMG de jo</u>		T	P	PA	SPO2
Chegada: <u>03:13</u>	Cirurgia Realizada		Anestesia		Posicionamento		Localização				
Cirurgia Proposta: <u>OMC 6 - Juntas minis curvas de pele</u>	<u>talambula de colomel + RMG</u>		<u>Sedacao + BPB</u>		<u>Dorsal</u>		<u>Sobra + BPB</u>				
1. Informações:	SF a 0,9%: <u>1000</u>		Nome:		CH:		1. Sonda				
<input type="checkbox"/> Jejum (<input type="checkbox"/> Pre-anestésico) <input type="checkbox"/> Jóias (<input type="checkbox"/> Intracath) <input type="checkbox"/> Banho (<input type="checkbox"/> Sangue) <input checked="" type="checkbox"/> Alegria (<input type="checkbox"/> Cardiopata) <input type="checkbox"/> Exames (<input type="checkbox"/> Asmático) <input type="checkbox"/> Outros:	SG a 10%:		Dose:		Plasma:		2. Curativo				
	Outros:				Plaquetas:		3. Dreno				
	N° de compressas oferecidas:				Anátomo Patológico:		4. Acesso Venoso				
	N° de compressas recolhidas:				<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim N° peças: _____ <input type="checkbox"/> Cultura <input type="checkbox"/> Outros: _____		5. Outros				
	Sinais Vitais:										
	T: _____ °C		P: _____ bpm								
	SAT: <u>99</u> %		R: _____ rpm								
	<input type="checkbox"/> Regular		<input type="checkbox"/> Irregular								
	FC: _____ bpm		PA: <u>128x72</u> mmHg								
2. Estado Emocional/ Mental	Exames na SO: (<input type="checkbox"/> Ht) (<input type="checkbox"/> Hb) (<input type="checkbox"/> Hemograma) (<input type="checkbox"/> Raio X)										
<input type="checkbox"/> Choro (<input type="checkbox"/> Sonolento) <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Outros:										
3. Sinais Vitais:	Legenda										
P: <u>86</u> bpm PA: <u>128x72</u> mmHg SAT: <u>99</u> % <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. PVC 4. Placa de Bisturi 5. Injeção 6. Cateter 7. Venoclise 8. Dreno 9. SNG 10. Faixa de Smarch 11. Outros:										
4. Condições da Pele:	<input type="checkbox"/> Escar <input type="checkbox"/> Queimado <input type="checkbox"/> Hienatoma <input type="checkbox"/> Fric <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Avelsão <input type="checkbox"/> Amariação										
	<input type="checkbox"/> Ferimento <input type="checkbox"/> Queimado <input type="checkbox"/> Hienatoma <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Deformidade <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Frac. Exposta										
Destino: <input checked="" type="checkbox"/> SRPA (<input type="checkbox"/> UTI) (<input type="checkbox"/> Outros:											



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Valmir Reuira Gomes
Responsável Cirúrgico: Marcelo Souza

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:
 Identidade
 Sítio Cirúrgico
 Procedimento
Consentimento Sim Não

RISCO CIRÚRGICO
 Aplica Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO
 Sim Não Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:
ALERGIA CONHECIDA
 Não Sim, Qual: _____

VIAS AÉREAS DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
 Não Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
 Não Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Alberto F. M. Herrera
Médico Anestesiologista
CRM/RR

Assinatura

Data: 01/09/18

Hora: 08:45

ANTES DA INCISÃO

Anestesista: Maísa / Fabian

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:
 Identificação do paciente
 Sítio cirúrgico
 Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:
 REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.
 Não se aplica
 Sim, Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
 Sim Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
 Sim Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
 Sim Não Não se Aplicam

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



SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
 Sim Não

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTES PACIENTES
 Sim Não Não se Aplica

Jacqueline G. Estelini
Enfermeira
COREN-RR 122.148

Assinatura e Carimbo

119-2 LT 104-1

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE <i>WALTER ROBERTO GOMES</i>			
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	119-1	DM2
IDADE	LEITO	104-1	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		ATENÇÃO
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		12-18
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		12-18
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		12-18
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H		S/N
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		S/N
14	CURATIVO DIARIO		S/N
15			
16			
17			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),		
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;		
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

DI. MARI...
 Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS	PA	Fc	PR	T
6 H	125x70	64	NSD	36,5
12 H	142x81	81		36,5
18 H	125x77	73		36,2
24 H	101x61	60		NSD

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE VALMIR PEREIRA GOMES					
AGNÓSTICO OMC COTOVELO D + RMS DE FIO					
ALERGIAS		NEGA	HAS	NÃO	DM2 NÃO
IDADE		43	LEITO	119-1	DATA 02/09/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SW
2	SF0.9% 500ML S/N EV				S
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SW
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				SW <i>→ 1 syringe</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SW
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SW
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SW
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SW
10	CURATIVO DIÁRIO				W
11	SSVV + CCGG 6/6 H.				W
12					
13	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS				SW
14	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (INICIO 01/09)				SW
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR
6 H	120/70	72			
12 H	150/100	66			
18 H	152/74	63			
24 H	140/60	60			

dia - paciente estável. Ad. em C.P.M. + SSVV

Marcos Aguiar
 Marcia Wurlene C. Azerego
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN/RR 000 184.057

*03.09.18
 04:00
 Coleta*

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: PJ6HF KBX6P CNCFR RY4NU



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE VALMIR PEREIRA GOMES					
AGNÓSTICO OMC COTOVELO D + RMS DE FIO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	43	LEITO	119-1	DATA	03/09/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	SF0,9% 500ML S/N EV				S/N
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				18:24 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				Curativo
11	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12					
13	CLÍNDAMICINA 600MG EV 6/6HRS				18:24 06
14	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (INICIO 01/09)				16
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR
12 H	124 x 92	70			
18 H	alfe				
24 H					

As 12:00h Paciente no leito, Refusa mais acesso, Refusa sala de ALTA médica
 Não Administrada o item 13 da P.M, por não sala de acesso, verificada
 SSVV, segue sem GUEXAD aos cuidados da equipe de enfermagem.
 alfe

Luciene Garcia P. Mendes
 Enfermeira
 CREM RR 552.839-73

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ6HF KBX6P CNCFR RY4NU





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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Valmir Correia Gomes 43 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 30/11/18, COM

DIAGNÓSTICO DE Exostose, maturar Anterolateral

NO DIA 1/12/18 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE OMC lateral do fêmur SENDO

OPERADO PELO DR. Marcelo Aroux E DR. Bruno Aguiar

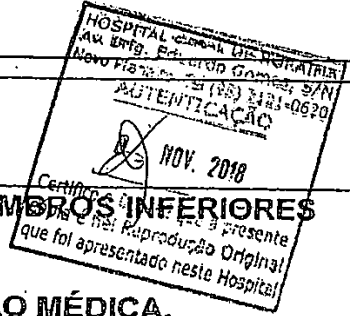
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 7/12/18 AS 19:00, EM BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEdia NO HOSPITAL CORONEL MOTA NO DIA 10/12/18 AS 14h, COM O

DR. Marcelo Aroux

ORIENTAÇÕES GERAIS :

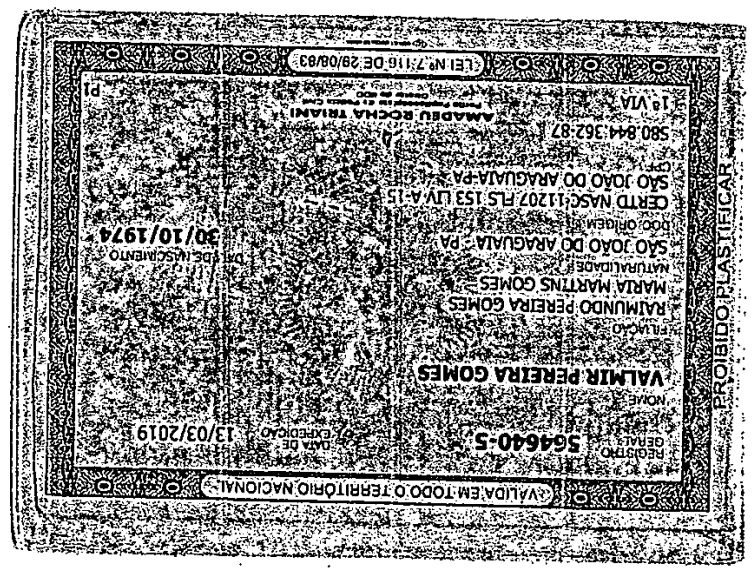
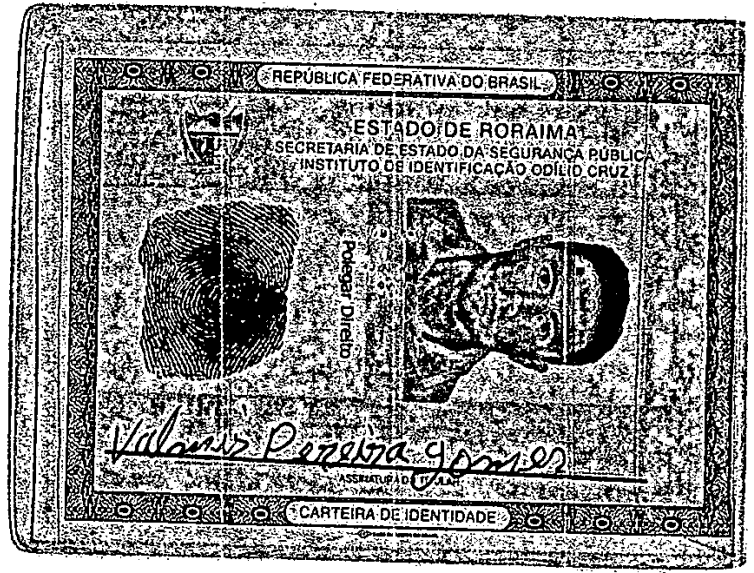
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR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



PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

BOA VISTA, 31/12/18

MÉDICO





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA.
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS".
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA.
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - IML-RR
DR. BENIGNO JOSÉ DE OLIVEIRA.



LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO - LESÃO CORPORAL - Nº 0285/2019/IML/RR.

Destino: **DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - DAT/RR.**

AUTORIDADE REQUISITANTE:

- Delegado (a) de Polícia Civil: **RONALDO SCIOTT PINTO DA SILVA FILHO.**
- Requisição: **Nº 025/2019/SO/DAT. Referência: BO Nº 626/18 DP: ALTO ALEGRE.**

NOME: VALMIR PEREIRA GOMES	
NOME SOCIAL: PREJUDICADO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	NATURALIDADE: SÃO JOÃO DO ARAGUAIA - PA
IDADE: 44 ANOS	SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO	COR: PARDA
PROFISSÃO: AGRICULTOR	ESCOLARIDADE: FUND. INCOMPLETO
DOCUMENTAÇÃO: RG Nº 3218917 SSP/RR	TELEFONE: NÃO INFORMADO
FILIAÇÃO: RAIMUNDO PEREIRA GOMES E MARIA MARTINS GOMES	
ENDEREÇO: PEDRO VIANA S/N, BAIRRO MUTIRÃO ALTO ALEGRE - BOA VISTA/RR	
DATA/ HORA DO EXAME: 22/01/2019, às 00 horas e 54 minutos.	
Obs: Os profissionais abaixo designados pelo diretor, prestam o solene compromisso de elaborar o laudo descrevendo com verdade todas as circunstâncias que encontrarem, descobrirem e observarem.	

HISTÓRICO:

- Atendendo requisição 025/19/SO/DAT.

DESCRIÇÃO:

- Rx com fratura cominutiva de osso do antebraço direito, consolidados com placa metálica, parafusos e haste metálica (vide fotocópia em anexo).
- Periciando com limitação para flexão e extensão do membro superior direito tanto em movimentação passiva ou ativa.
- Redução de força em relação ao membro contra-lateral.

CONCLUSÃO:

- Lesão contusa grave.

QUESITOS OFICIAIS e suas RESPOSTAS:

- 1ª Há ofensa à integridade física ou a saúde? **SIM.**
- 2ª Qual o instrumento ou meio que a produziu? **CONTUNDENTE.**
- 3ª Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, tortura ou por meio insidioso ou cruel (resposta especificada)? **PREJUDICADO.**
- 4ª Houve perigo de vida? **NÃO.**
- 5ª Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias? **SIM, CONFORME RELATO DO PERICIANDO.**
- 6ª Resultará incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, debilidade permanente de membro, sentido ou função, aborto ou aceleração de parto ou deformidade permanente? **RESULTOU EM SEQUELA FUNCIONAL PERMANENTE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.**

É por ser verdade digitei este documento, que depois de revisado e achado conforme, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim, Cleudete Silva Maranhão:

Francisco P. Pinto
Médico Legista
Mat. 4900289

IML
Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade, CEP 69 309 005 - Boa Vista/RR.
Tel. (95) 2121-3409 (recepção), (95) 2121-3430 (direção).

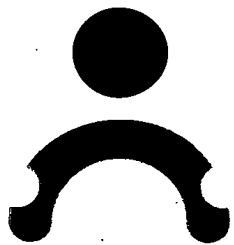


ASSINADO POR
Francisco Sávio Leão Barro
Médico Legista
Mat. 1036747

DAT
CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 12/03/19

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: PJ6HF KBX6P CNCFR RY4NU





Seguro DPVAT

Seguradora Líder



24/07/20

Correios AR MP

SEDEX

PESO (kg) 0,145

DY 25008268 8 BR

SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO

SEGURADORA LIDER
Rua da Assembléia, 100
24º ANDAR
Centro

20011-904 Rio de Janeiro-RJ

Remetente: ACI ALTO ALEGRE
Avenida 1 de Julho, s/n.910
Centro

69350-970 Alto Alegre-RR

USO EXCLUSIVO DOS CORREIOS
Cole aqui a etiqueta com o código identificador da encomenda

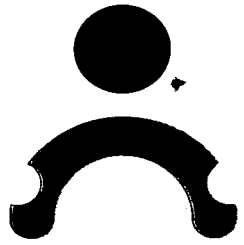
000 0221204

Country
BRASIL

Recebedor: _____
Assinatura: _____ Documento: _____

ATENDIMENTO





Seguro DPVAT

Seguradora Líder

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

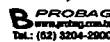
ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
ENDEREÇO / Address			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
□ □ □ □ □ □ □ □			



"REICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



PROBAG
www.probag.com.br
Tel.: (62) 3204-2000

DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved)	<input type="checkbox"/> FALECIDO (Deceased)	
<input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)	
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)	
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Unclaimed)	<input type="checkbox"/> OUTROS (Other)	
<input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)	-----	
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1° ___/___/___ 2° ___/___/___ 3° ___/___/___		
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)		
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em ___/___/___ (Reinstated to service post)		
Data ___/___/___	Responsável	



PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

INVALIDEZ PERMANENTE DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: VALMIR PEREIRA GOMES
Data do Acidente: 25/07/18 Possui CPF: Sim Não Nº CPF: 580.844.362-87

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
 CPF do Representante Legal (cópia simples)
 Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Registro de Ocorrência Policial - Sim Não - original ou cópia autenticada
 Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
 Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
 Laudo de Invalidez do IML - Sim Não - original ou cópia autenticada
 Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
 Documento de identificação da vítima (cópia simples)
 CPF da vítima (cópia simples)
 Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

Registro de Ocorrência Policial - Sim Não - original ou cópia autenticada
 Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
 Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
 Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
 Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
 Documento de identificação da vítima (cópia simples)
 CPF da vítima (cópia simples)
 Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: Sim Não
 Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: Sim Não
 Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
 Documento de identificação da vítima (cópia simples)
 CPF da vítima (cópia simples)
 Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
 CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
 Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: Sim Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
 Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)
 Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
 Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
 Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): VALMIR PEREIRA GOMES
Quem é o portador? Vítima Beneficiário Representante Legal CPF do portador: 580.844.362-87
E-mail: _____ Tel.: 95
Data: 15/07/20 Assinatura: Valmir Pereira Gomes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): ACI ALTO ALEGRE
Atendente: NERI CROW L. VIANA Matrícula: 80.597184
Data: 15/09/20 Assinatura: _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200276106 **Cidade:** Alto Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALMIR PEREIRA GOMES **Data do acidente:** 25/07/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P3,4,10,11,12,14,15)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO DO IML Nº 0285/2019/IML/RR

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0216702/20

Vítima: VALMIR PEREIRA GOMES

Data do acidente: 25/07/2018

CPF: 580.844.362-87

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALMIR PEREIRA GOMES

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

VALMIR PEREIRA GOMES : 580.844.362-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 04/08/2020
Nome: VALMIR PEREIRA GOMES
CPF: 580.844.362-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/08/2020
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

VALMIR PEREIRA GOMES

Elen Tais Alves Pereira