
Rio de Janeiro, 17 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200117103

Vítima: LENNON GIRAO DA SILVA

Data do Acidente: 26/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LENNON GIRAO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200117103

Vítima: LENNON GIRAO DA SILVA

Data do Acidente: 26/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LENNON GIRAO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: LENNON GIRAO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003408

Conta: 000004848-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

511.989.322-87

4 - Nome completo da vítima:

Lennon Gira da Silva

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

5 - Nome completo:

Lennon Gira da Silva

6 - CPF:

511.989.322-87

7 - Profissão:

mototaxista

8 - Endereço:

Rua Madre Radgundes

9 - Número:

316

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Aparecida

12 - Cidade:

Rio Vista

13 - Estado:

RP

14 - CEP:

69.306-230

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(95)9-919-0143

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3408

CONTA:

4848

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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, Rio Vista 13/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010863/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/03/2020 10:22

Data/Hora Fim: 12/03/2020 10:35

Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 26/06/2018 16:30

Local do Fato

Município: Pacaraima (RR)

Bairro: COMUNIDADE INDIGENA

Logradouro: BR-174 -COMUNIDADE BANANAL

Tipo do Local: Área Rural

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LENNON GIRAO DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 23/09/1989

Idade: 30 anos

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Motoboy

Escolaridade: Ensino Superior Incompleto

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: MARIA ALDIZIA MADURO GIRAO

Nome do Pai: SEVERINO CRISTOVAO SOUZA DA SILVA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 511.989.322-87

RG - Carteira de Identidade: 194638 SSP RR

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Madre Radgundes

Bairro: Nossa Senhora Aparecida

Telefone: (95) 99115-4727 (Celular) (95) 99118-9538 (Celular)

Nº: 316

CEP: 69.306-230

Nome Civil: YARA DIVA GUIMARÃES COSTA (COMUNICANTE, PROCURADOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 10/12/1962

Idade: 57 anos

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Divorciado(a)

Nome da Mãe: Ivete Guimarães Costa

Nome do Pai: Derson Felix Costa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 762.732.616-87

RG - Carteira de Identidade: 464571-5

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ACRE

Complemento: APTO 02

Bairro: DOS ESTADOS

Nº: 659





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010863/2020-A01

Telefone: (95) 99119-0143 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 025.992.112-20	Placa NAP-8955
Renavam 00538648813	Número do Motor KD05E4D139125
Número do Chassi 9C2KD0540DR139125	Ano/Modelo Fabricação 2013/2013
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Pacaraima	Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ESD
Modelo HONDA/NXR150 BROS ESD	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
LENNON GIRAO DA SILVA	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu a este Distrito Policial para informar que na data e horário acima citado conduzia a motocicleta acima cadastrada com sentido Pacaraima/comunidade do bananal e que ao chegar no local acima citado como havia chovido muito a motocicleta derrapou vindo o comunicante e a passageira de nome Priscila Maduro Girão cair no chão; O comunicante informa que foi socorrido pela Ambulância do SAMU que o trouxe para o TRAUMA do HGR, onde permaneceu internado por 07 dias pelo fato de ter quebrado a perna direita no momento da queda; Este é o relato.

A COMUNICANTE/PROCURADORA SENHORA YARA (CÓPIA ANEXA). COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/CORRIGIR/ ACRESCENTAR NESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, **PARA FINS DE SEGURO DPVAT**, O QUE FOI FEITO ACIMA, BEM COMO COMO QUE A MOTOCICLETA DEVIDAMENTE DESCRITA ACIMA ESTÁ NO NOME DE GILVAN DE OLIVEIRA ALVES. É o aditamento/correção/acréscimo.

 Jefferson Inacio Araujo Agente de Polícia Matrícula 42000908 Responsável pelo Atendimento		 Yara Diva Guimarães Costa (Comunicante / Procurador)
---	---	--

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010863/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/03/2020 14:46 Data/Hora Fim: 11/03/2020 14:59
Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 27/06/2018 16:30

Local do Fato

Município: Pacaraima (RR)
Bairro: COMUNIDADE INDIGENA
Logradouro: BR-174 -COMUNIDADE BANANAL

Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Outro(s)

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LENNON GIRAO DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 23/09/1989 Idade: 30 anos
Naturalidade: RR - Boa Vista Profissão: Motoboy Escolaridade: Ensino Superior Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: MARIA ALDIZIA MADURO GIRAO Nome do Pai: SEVERINO CRISTOVAO SOUZA DA SILVA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 511.989.322-87

RG - Carteira de Identidade: 194638 SSP RR

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA ALVARO MAIA Nº: 520
Bairro: APARECIDA CEP: 69.306-330
Telefone: (95) 99115-4727 (Celular) (95) 99118-9538 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 025.992.112-20	Placa NAP8955
Renavam 00538648813	Número do Motor KD05E4D139125
Número do Chassi 9C2KD0540DR139125	Ano/Modelo Fabricação 2013/2013
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Pacaraima	Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ESD
Modelo HONDA/NXR150 BROS ESD	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 23/02/2018	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos



Delegado de Polícia Civil: Clayton Alexandre Ellwanger
Impresso por: Francisco Edinaldo Pinto
Data de Impressão: 11/03/2020 14:59
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

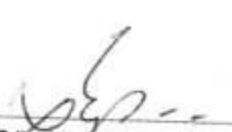
Nº: 010863/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
LENNON GIRAÔ DA SILVA	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

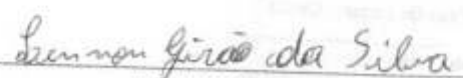
O comunicante compareceu a este Distrito Policial para informar que na data e horário acima citado conduzia a motocicleta acima cadastrada com sentido Pacaraima/comunidade do bananal e que ao chegar no local acima citado como havia chovido muito a motocicleta derrapou vindo o comunicante e a passageira de nome Priscila Maduro Girão cair no chão; O comunicante informa que foi socorrido pela Ambulância do SAMU que o trouxe para o TRAUMA do HGR, onde permaneceu internado por 07 dias pelo fato de ter quebrado a perna direita no momento da queda; Este é o relato.

ASSINATURAS


Francisco Edinaldo Pinto

Agente Carcerária
Matrícula 42000414

Responsável pelo Atendimento


LENNON GIRAÔ DA SILVA

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ OMS (GASTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou seq:

3 - CPF da vítima:

511.989.322-87

Nome completo da vítima:

Laennon Grão da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO)/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUPLEN Nº 445/X012

5 - Nome completo:

Laennon Grão da Silva

7 - Profissão:

motorista

8 - Endereço:

rua Madre Paul Juniores

5 - CPF:

511.989.322-87

9 - Número:

316

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Aporecible

12 - Cidade:

Rosa Rista

13 - Estado:

RJ

14 - CEP:

69.306-230

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(95) 9-9119-0143

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 14 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 - RENDAMENTO DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECEBIMENTO INDIENZAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUANÇA (sempre para o benefício indenizatório)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (renda de pensão)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3408

CONTA: 4848

AGÊNCIA:

CONTA:

Informar o dígito de validação

Informar o dígito de validação

Informar o dígito de validação

Informar o dígito de validação

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que exco. impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.134/74), uma vez que:

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

Sobito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada com a apresentação de laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, às custas do Segurador LIDER para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.254/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da mesma.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data da morte da vítima:

25 - Grávida ou lactante com a vítima:

26 - Vítima estava acompanhada(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima beneficiária?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou patrimônio?

☐ Sim

☐ Não

34 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

35 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)?

☐ Sim

☐ Não

36 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

37 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

38 - Vítima deixou patrimônio?

☐ Sim

☐ Não

39 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

40 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)?

☐ Sim

☐ Não

41 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

42 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

43 - Vítima deixou patrimônio?

☐ Sim

☐ Não

44 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

45 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)?

☐ Sim

☐ Não

46 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

47 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

48 - Vítima deixou patrimônio?

☐ Sim

☐ Não

49 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

50 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)?

☐ Sim

☐ Não

51 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

52 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

53 - Vítima deixou patrimônio?

☐ Sim

☐ Não

54 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

55 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)?

☐ Sim

☐ Não

56 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

57 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

58 - Vítima deixou patrimônio?

☐ Sim

☐ Não

59 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

60 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)?

☐ Sim

☐ Não

61 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

62 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

63 - Vítima deixou patrimônio?

☐ Sim

☐ Não

64 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

65 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)?

☐ Sim

☐ Não

66 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

67 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

68 - Vítima deixou patrimônio?

☐ Sim

☐ Não

69 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

70 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)?

☐ Sim

☐ Não

71 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

72 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

73 - Vítima deixou patrimônio?

☐ Sim

☐ Não

74 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

75 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)?

☐ Sim

☐ Não

76 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

77 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

78 - Vítima deixou patrimônio?

☐ Sim

☐ Não

79 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

80 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)?

☐ Sim

☐ Não

81 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

82 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

83 - Vítima deixou patrimônio?

☐ Sim

☐ Não

84 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

85 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)?

☐ Sim

☐ Não

86 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

87 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

88 - Vítima deixou patrimônio?

☐ Sim

☐ Não

89 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

90 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)?

☐ Sim

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: 26/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LENNON GIRAO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03408

CONTA: 000000004848-6

Nr. da Autenticação A01B695144EA3B09



Para contato com a Roraima Energia informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0072446-7

RORAIMA ENERGIAS S.A.
Av. Capitão João Góes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.679/0001-44 | INSC. Estadual: 23.007.025-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série S-1
Inscrição Especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 4531846

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FCAN*

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020	16/02/2020	381	362,99

GILMACIA MADURO GIRAÓ
R. MADRE RADGUNDIS 316 - APARECIDA
CEP: 69.306-230 - BOA VISTA
CPF: 00018865739215

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 9536	Atual: 31/01/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1
Anterior: 9555	Anterior: 30/12/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 32	Próxima leitura: 28/02/2020	Ligação: MCNO
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 30/01/2020	Número Medidor: TCM1705014
Consumo medido: 381	Apresentação: 31/01/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 381		Modalidade: N 1604726

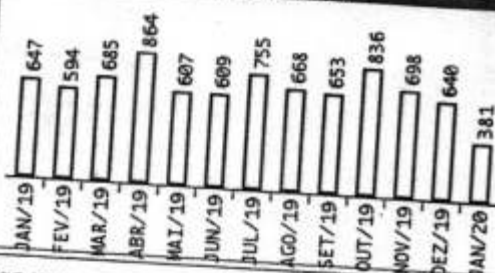
CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	
RELIGACAO	381 A R\$ 0,760481 =	289,74
CORRECAO MONETARIA DA IL (2X)		8,07
CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)		0,21
MULTA POR ATRASO DE IL. (2X)		2,36
JUROS DE MORA POR ATRASO (2X)		2,84
MULTA POR ATRASO (2X)		0,44
JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X)		20,49
ILUMINACAO PUBLICA		7,43
		31,36

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 381 - 0,617778

Média 12 meses: 689

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 30/01/2020, não constamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA - VALOR
Distribuição: 157,49	Tributos: 8,92	ICMS:	17,00% 49,25
Transmissão: 68,97		PIS:	0,31% 0,39
		CORFIS:	1,45% 4,21

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC			FC			DMC	DICRI
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal

Limite	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54
Realizado	3,78						

Conjunto 3,78
Por unidade de apuração 3,78

11/2020

311,01



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Gueiros, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizado pela SEFAZ 388/13

Para contato com
a i
ma Energia,
inf
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0009732-2

Nº da Nota Fiscal 4533838

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FCM*

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020	16/02/2020	563	465,78

IVETE GUIMARAES COSTA
R. ACRE 569 - DOS ESTADOS
CEP: 69.305-510 - BOA VISTA

CPF: 0001122233396

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 61969	Atual: 31/01/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 61406	Anterior: 30/12/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 32	Próxima leitura: 28/02/2020	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 30/01/2020	Número Medidor: 2281485
Consumo medido: 563	Apresentação: 31/01/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 563		Modalidade: 0 1619578

DESCRIÇÃO DA CONTA

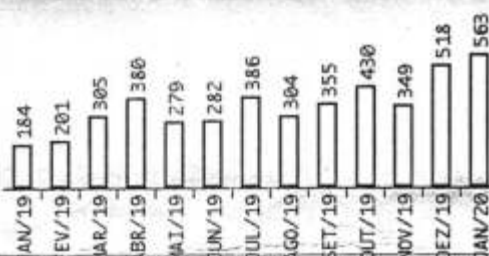
CONSUMO 563 A R\$ 0,760481 = 428,15
ILUMINACAO PUBLICA 37,63

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 563 - 0,617778

Média 12 meses:

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 30/01/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

53D6.6260.1082.D8F5.47FD.14A1.B59C.2D85

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Energia:	232,72	Encargos:	13,18	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
Distribuição:	101,92	Tributos:	88,33	ICMS:	17,00%	72,78
Transmissão:	0,00			PIS:	0,31%	1,33
				COFINS:	1,45%	6,22

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	CENTRO			Período de apuração: 11/2019			BUSA - 105,50	

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Yara Diva Guimarães Lota inscrito (a) no CPF 762.732.616-87,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Laennon Girão da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 511.989.322-87 do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima
Laennon Girão da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 511.989.322-87, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

RG e CPF

☒ 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 Cere</u>		Número <u>569</u>	Complemento <u>lata</u>
Bairro <u>Estados</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.305-510</u>
Email <u>yaradiva.dpvat@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>—</u>	Telefone celular (DDD) <u>(95) 9.9119-0143</u>

Boa Vista 13 de março de 2020
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

Raquel L. Salazar

Téc. Enfermagem
COREN-RR 001.058.491-TENHEIUV
04.07.18GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

1800973037 27/06/2018 02:57:35 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 5

Paciente: LENNON GIRA DA SILVA
Data Nascimento: 23/09/1989 Idade: 28 A 9 M 4 D CNS: 898000749766842 CPF: 07 Prontuário: 00042161
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo: M Estado Civil: PARD Cor: PARD Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: MARIA ALDIZIA MADURO GIRA O Pai: SEVERINO CRISTOVAO SOUZA SILVA Contato:
Endereço: RUA - ALVARO MAIA - 520 - NOSSA SENHORA APARECIDA - BOA VISTA - RR Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco: 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: SAMU CAPITAL Procedimento Sol.: Registrado por: OZIREZ PRADO

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: *Paciente com história de queda de moto* GSC: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL:

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) *Apresenta ferimento de punho*

Exame Físico: *Doença aguda*

Hipótese Diagnóstica: *Fratura do punho fechado*

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

PRESCRIÇÃO: *Medicamento* APRAZAMENTO: OBSERVAÇÃO:
Dr. Marcos Felipe Diniz
Medico
RR 1869
Medico
RR 566
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Nova Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente
cópia é fiel reprodução original
que foi apresentado neste Hospital

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☒ Transferência para: *Dr. Marcos Felipe Diniz* Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____
óbito: Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: ozires.prado
Data Hora: 27/06/2018 02:58:41

4-0103
Sistema de Informação em Saúde
Téc. Enfermagem em Saúde
Tel. 22 36 - 0167/75



1800973037

**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

Bloco A

Ata 06/02

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

Id En

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Id En

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Leticia Gino M Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

42461

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898101017449766842

8 - DATA DE NASCIMENTO

23/09/89

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Maria Aldizoi Madureira Gino

000

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Valmore Moura 520

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Sobrecarga e sintomas
de e hipertensão pulmonar e queda de

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

C (na) m

19 - PRE-CAPAS - RESULTADOS DE PRONÓSTICO - DIAGNÓSTICO - AS (RE) - RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

1/2 Lúcia

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

FRAQUA PORTACALCULOSA QUADRIL AL



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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

5115958262211

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Jem A Lopez Aguiar

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

27/06/16

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

Márcio Aguiar
CRM-RR 586**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

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. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0308010019

5720 T068

V299

Ata 0408050098

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

27/06/16

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

Ata 5.7



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 06/11/9

O.S. _____

Lenon Gera d Silva

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____

Fratura quadril d.

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

Troca de fixação

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

o. l. e. r.

CIRURGIÃO: _____

Dr. Lenon

1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

Local

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

Paciente em estado

Algo melhor

Procedimento realizado

Troca de fixação

com sucesso



Jesus A. Lopez Aguirre
Médico
CRM-RR 566



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Gisela da Silva				27 / 06 / 2018	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
higiênc transserquelítica		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		13:00	13:10		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:			
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:			
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE			
		TEMPO DE DURAÇÃO:			
TIPO DE ANESTESIA: local					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURINº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM - 30cm	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
	150ml Chloroxina 4%			OUTROS:	
	250ml Alcool 70º				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Bruno Vilene e Suelen	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		Viana e Cidemilton	TAXA DE		
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		
			HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, 9/N Novo Planalto Tel (95) 2121-0629 AUTENTICAÇÃO		
			Certifico-Bou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital		



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LEFTEJO GILBERTO				
DIAGNÓSTICO	Fratura quadril				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	25	LEITO	57	DATA	27/06/11
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				manter
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6h				manter
4	TILATIL 20mg 12/12hs				manter
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				22.6-14
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				Rotina
15					
16					
17	Ao bloco				
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:

Ao bloco para programação cirúrgica

Jesus A. Lopez Aguirre
Médico
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

LENNON GIRÃO DA SILVA

ok

09.



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LENNON GIRÃO DA SILVA				
AGNÓSTICO	FARMACOLÓGICO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	72	LEITO		DATA	27/06/16
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND.
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8 HS				
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA				
6	DIPIRONA 01G EV 6/6H SE DOR OU FEBRE				SND.
7	TRAMAL 100MG + 100 SF 0.9% EV DE 8/8h SE DOR INTENSA				SND.
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SND.
9	SE FALTAR ITEM 10 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM				
10	RANITIDINA 50MG EV 2X/DIA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				Atenção.
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15					
16					
17					
18					
19					
20	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:

AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Jesus A. Lopez Aguirre
Médico
CRM-RR 556

SINAIS VIT	PA	FC	FR	Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	124x79	85		
12 H				
18 H	133x63	79		
24 H				

doctos 06:00h: 113 mg/dl

doctos 10:2 mg/dl

Naiades A. Oliveira
Técnico de Enfermagem
CRM-RR 903.896 TE

09



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LEOPOLD GILBERTO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FRACTURA OMBILICAL				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	28	LEITO	09	DATA	28/06/18
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5/10
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia				19h
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (CORRETO)				-
4	TILATIL 20mg 12/12hs				18h 08
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				5/10
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20qts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				5/10
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				5/10
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				18h 22.08
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				5/10
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Roxana
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				5/10
14	CURATIVO DIÁRIO				Realiza
15	Ao bloco				NTR!
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:

Paciente estável, pode caminhar

Ao bloco para programação cirúrgica

Jesus A. López Aguirre
Médico
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS	PA	FC	Dextm
6 H			
12 H			
18 H	135/68	79	97
24 H	106/76	72	36,3C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

PA - 96 x 70 Tax - 35,6

FC - 87 mmh

106-1

09



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

LEPPOV GILVANO DA SILVA

DIAGNÓSTICO

FRACTURA DE QUADRIL

ALERGIAS

28

HAS

DM2

IDADE

28

LEITO

DATA

29/06/18

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3

CEFALOTINA 1G EV 6/6H (curativo)

4

TILATIL 20MG EV 12/12H

5

DIPIRONA 500MG EV 6/6H

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)

8

RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N

9

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

10

SSVV + CCGG 6/6 H

12

CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG

14

CURATIVO DIÁRIO

15

WATER FRODO

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%
10 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente estável, sem dor, com

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 556

Bloco-D

NIR

Regulado
para leito

106-1

Regulação Interna

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

SINAIS VITAIS

PA

FC

FR

T.C.

6 H

100x60

70

19

36.2

12 H

108x77

94

19

36.2

18 H

91x68

75

-

36.4

24 H

91x68

75

-

36.4

17:00. Paciente no leito apresentando dor e
febre medicada com P.N.

Soraia Pimenta Cavalcanti
CRM-RR 556



Acompanhamento das Feridas:
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1

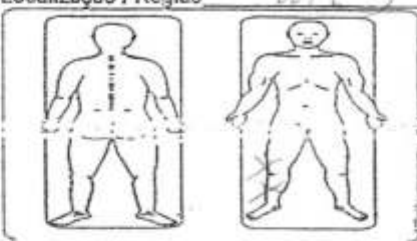
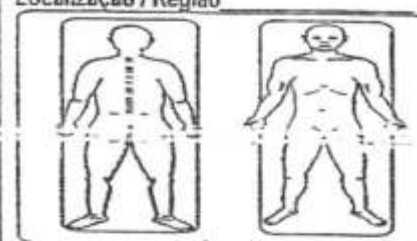
Versão: 06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualização: Janeiro / 2015

ENF/LEITO:

Nome: Ademir Gino da Silva 09

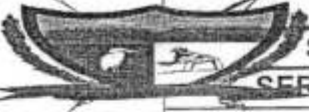
DATA: <u>29.06.18</u>	Localização / Região <u>MCU</u>	DATA:	Localização / Região
☒ GRAU - I ☐ GRAU - II		☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☒ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Característica do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com estacelo ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com estacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara	
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
Dor:	☐ Sim ☒ Não	☐ Sim ☐ Não	
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	
Solução para limpeza	☒ Solução fisiológica 0,9% ☒ Clorexidina 4% ☐ Clorexidina 0,5% ☐ Outro: _____	☐ Solução fisiológica 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro: _____	☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro: _____	
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde	
Próxima troca: <u>de + de 24hs</u>			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Jucilene Moreira</u> Auxiliar de Enfermagem CRP-PA 42.457-2	02- <u>Andréia da Silva Leite</u> Aux. de Enfermagem CRP-PA 42.457-2	01- <u> </u> 02- <u> </u>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			

OBS: aviso e aspecto seco, suco

OBS:

106-1

106.1

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia			
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LEANDRO GILBERTO DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA QUADRIL				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	28	LEITO	109	DATA	30/06/10
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SWD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (CURATIVO)				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				10-20
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12-18-24-30
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SV
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SV
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SV
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SV
10	SSVV + CCGG 6/6 H				rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SV
14	CURATIVO DIÁRIO				curativo
15	higiene íntima				-
16					
17					
18	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				
19					
20					
EVOLUÇÃO MÉDICA: Paciente estável, grande curar					

Dr. Jesus A. Lopez Aguiar
CRM-RR 556

SINAIS VITAIS				
6 H	100x60	80	-	36
12 H	100x80	87		36.5
18 H	100x80	85		36.5
24 H	93x65	173		136

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

LEPOV 6000 mg
Dr. Tem

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO

01/07/18 11:00 - 12h

1 dose de 6000 mg

1 dose de 6000 mg

1 dose de 6000 mg

1 dose de 6000 mg

1 dose de 6000 mg

1 dose de 6000 mg

Prescrição efetuada e assinada

Assinatura do Médico

SINAIS VITAIS

HORÁRIO

24h

24h

34h 85 110/70

34h 85 110/70

34h 85 110/70

34h 85 110/70



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



GOVERNO DE RORAIMA

Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Leandro Góes</i>					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	<i>106-1</i>	DATA	<i>02/07/18</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>SN</i>
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				<i>18</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				<i>18 x 24 06.12</i>
4	TILATIL 20mg 12/12hs				<i>22 10</i>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				<i>7</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				<i>3 SN</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>3</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				<i>04 12 06</i>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				<i>SN</i>
10	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Raima</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				<i>SN</i>
14	CURATIVO DIARIO				<i>Curativo</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					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

BC6, LORE B
Afume

Carlos Enrique La Rosa
 Médico
 CRM-RR 483

SINAIS VITAIS	P.A	FC	FR	TAX
6 H				
12 H	100x70	88	20	36
18 H	90/63	103		37°C
24 H	100x50	88		

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.

12h PET no Leito, ORIENTADO
sem QUEIXA

Isaquel Lima Silva
 Técnico de Enfermagem
 COREN-RR 876.694-TE



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>João Carlos</i>					
DIAGNÓSTICO <i>Fratura</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	<i>106-1</i>	DATA	<i>03/07/18</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>SND</i>
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia				<i>18</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				<i>24</i>
4	TILATIL 20mg 12/12hs				<i>18</i>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				<i>18</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				<i>SND</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>18</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8hs				<i>18</i>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				<i>18</i>
10	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>18</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				<i>SND</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>Punktion</i>
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-200: 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:

Ao bloco para programação cirúrgica

BE6, 10588
Ortopedia 5ª

SINAIS VITAIS	PA	FC	KA	TA
6 H	100/80	78		36°C
12 H	111x69	84		36.5°C
18 H	118x80	96		35.6°C
24 H	118/75	78		36°C

Carla Brito da Rosa
Médico
CRM/R 483

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Obito realizado no bloco cirúrgico
procedimento Cpr e SS/UV

3º grau nos membros, após obito realizado

Fernando Gonçalves
Técnico de Enfermagem
CRM/R 685



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Leopoldo Brito</i>					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	<i>106.1</i>	DATA	<i>04/07/18</i>
ITEM		PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				<i>5ND</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				<i>18</i>
4	TILATIL 20mg 12/12hs				<i>18</i>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				<i>10-22</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				<i>5N</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>5N</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				<i>14-22-06</i>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				<i>5N</i>
10	SSV + CCGG 6/6 H				<i>Adina</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				<i>5N</i>
14	CURATIVO DIARIO				<i>Curativo</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					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Lo bloco para programação cirúrgica

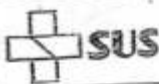
*BEG, LOPED
Ruan de Oliveira*

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	<i>110x80</i>	<i>81</i>		<i>36.8c</i>
18 H	<i>120x80</i>	<i>74</i>		<i>36.8c</i>
24 H	<i>100x60</i>	<i>50</i>		<i>36.8c</i>
di. H	<i>120x90</i>	<i>70</i>		<i>36.8c</i>

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

*BS: Ao 10:30 The code 0 AVP foi colocado pelo LS no m SE e tor
li minha do hospital*



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

14 - Cód. RGEMUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Sober acidente, queda
de e lesões funcionais do lado di-

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Clínica

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

R. baai

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

FRACTURA TRAUMÁTICA DUBIAL M

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

ORTOPÉDICA DUBIAL M

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

33 - Nº DO BILHETE

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - CNPJ EMPRESA

36 - CNAE DA EMPRESA

37 - CBOR

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

38 - ACIDENTE DE TRABALHO

39 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

40 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJERO

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - Cód. Órgão Emissor

44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050632
5720
V299

57



FICHA DE ANESTESIA

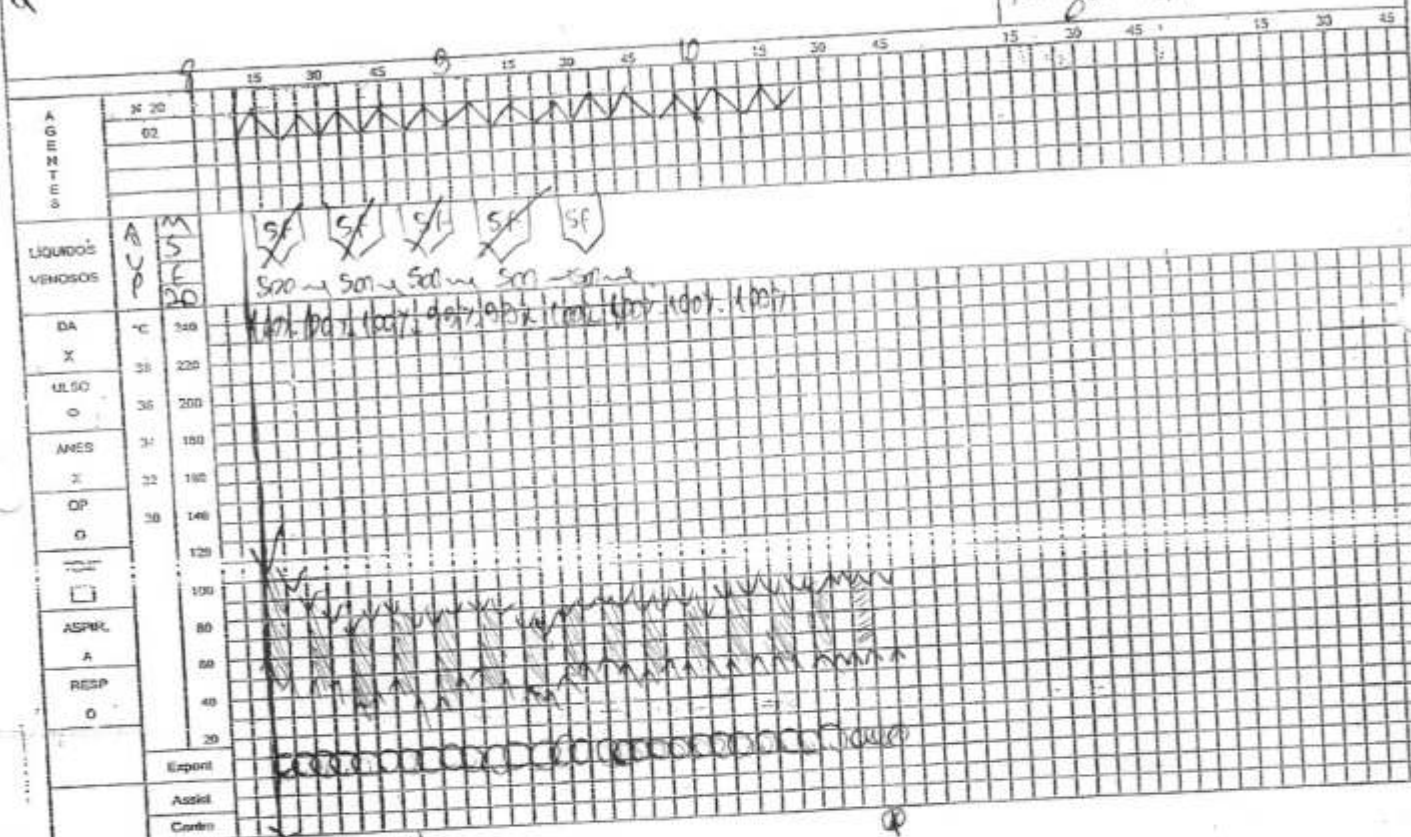
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
"Governando com Responsabilidade e Compromisso"

Lena Cirina da Silva.

05/07/16
Nega Alegria
Nega HPP.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

a



SÍMBOLOS

In 4 SG
A? DAB

AGENTES	DOSES	TECNICA	ANOTAÇÕES
A - Alfentanil 100mcg		Aspiração da Hiperbaria	Monitor: SpO ₂ , PNT, FC, ECG, SVO.
B - Midazolam 5mg		Simplex com bar. perimedica	2. AUP + CN D ₂ .
C - Clorpromazina 75mg		+ bloqueio de nervo femoral	2. Sedativo
D - Lidocaina 100mg		① guiada por USG	fentil 100mcg
E - Propofol 100mg		ventilação espontânea	Midazolam 5mg
F - Diprivan 2g		CNO.	3. Bloqueio de femoral
G - Glucose	LIQUIDOS		propofol 75mg
H - HCO ₃		Cânula - 22G / Oro Faringe	Lidocaina 100mg
I - SANGUE		Mão / Ombro / Coto	4. Aspiração da
		Sol - Tamp - Calda de Tubo	propofol 100mg
		Sol - Mascar	5. Lidocaina 100mg
		Dificuldade Técnica	6. Clorpromazina 75mg
SP 0.9%	2500 ml		
TOTAL	2500 ml		
OPERAÇÃO	osteossíntese de fratura de fêmur ①.		

ANESTESIA: Dr. Fabiano / Dr. Marisa

Dr. Marisa

Dr. Marisa Pinto
Anestesiologista
CRM/RR - 308

6. Etomidato 100mg

7. Diprivan 2g

8. Alfentanil 100mcg

9. Etomidato 5mg

10. SEPA - hemodinâmica estável

PM 104 x 59 (77)

FC 79



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		ID: 28	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Lennon Guiao da Silva		106-1		42161	05/10/18
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
OSTEOSSÍTESE FRACTURA TRANSTORÇ		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
CANTERNA DE FÊMUR (D)		9:18	10:35		
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		Dr. Fabiano	
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		Dra. Marcelle R. D.	
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		Dr. Bruno R. I.	
DA CANTERNA E MQUE		CIRCULANTE		YANK	
2º AUXILIAR		CIRCULANTE		Angelis e Ovarde	
TIPO DE ANESTESIA: Raqui + Bloqueio Femoral 8.13		TEMPO DE DURAÇÃO:			
Q'JANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☐	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml 2	
☐	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
☒	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYLNº 0	
☐	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 0	
☐	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☒	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS Tam m			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
☐	LÂMINA BISTURINº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
☐	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
☐	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
☐	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
☐	SERINGA 01ML		20ml	SURGICEL ALCOOL 70%	
☐	SERINGA 03ML		20ml	CERA P/ OSSO CLOREXINA DEG.	
☐	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº CLOREXINA ALCOOL.	
☐	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Sonda FOLEY nº 16	
☐	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA BOLSA COLETOA VENA	
☒	Platino		1	OUTROS: AGULHA P/ MQUE Nº 26	
☐	1 Cateter O2				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Enf. Bruno	SUB- TOTAL		
		Enf. Suelen	TAXA DE SALA		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA		
		Angelis	SOMA		
		Ovarde	ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

MEDTEC - COMERCIO E REPRESENTACOES LTDA.

RUA AJURICABA, 1553
CENTRO - 69301-070
BOA VISTA - RR Fone/Fax: 9532241156DANFE
Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.000.485
Série 001
Folha 2/5

CHAVE DE ACESSO

1413 1184 0362 6800 0173 5500 1000 0004 8516 3406 8139

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

314130002114633 - 20/11/2013 09:18:02

CNPJ

84.036.268/0001-73

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

240032055

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	Q/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
000372	PLACA LARGA DE A/C P PARAFUSO 4,5 C/ 08 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	40,0000	600,0000	24.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
000607	PLACA LARGA DE A/C P PARAFUSO 4,5 C/ 09 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	40,0000	600,0000	24.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001639	PLACA LARGA DE A/C P PARAFUSO 4,5 C/ 10 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	40,0000	600,0000	24.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
000465	PLACA LARGA DE A/C P PARAFUSO 4,5 C/ 12 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	40,0000	600,0000	24.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
000466	PLACA LARGA DE A/C P PARAFUSO 4,5 C/ 14 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	40,0000	600,0000	24.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
000467	PLACA LARGA DE A/C P PARAFUSO 4,5 C/ 16 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	40,0000	600,0000	24.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001720	PLACA DE A/C P PARAF 3,5 COM 3 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	50,0000	373,0000	18.650,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
000323	PLACA DE A/C P PARAF 3,5 COM 4 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	50,0000	373,0000	18.650,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001721	PLACA DE A/C P PARAF 3,5 COM 5 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	100,0000	373,0000	37.300,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001724	PLACA DE A/C P PARAF 3,5 COM 8 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	100,0000	373,0000	37.300,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001725	PLACA DE A/C P PARAF 3,5 COM 10 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	50,0000	373,0000	18.650,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
002127	PLACA DE A/C P PARAF 3,5 COM 12 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	20,0000	373,0000	7.460,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001727	PLACA 1/3 TUBO P PARAF 3,5 COM 4 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	50,0000	298,0000	14.900,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001728	PLACA 1/3 TUBO P PARAF 3,5 COM 5 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	50,0000	298,0000	14.900,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001729	PLACA 1/3 TUBO P PARAF 3,5 COM 6 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	50,0000	298,0000	14.900,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001730	PLACA 1/3 TUBO P PARAF 3,5 COM 7 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	50,0000	298,0000	14.900,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001731	PLACA 1/3 TUBO P PARAF 3,5 COM 8 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	50,0000	298,0000	14.900,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001732	PLACA PEQUENO FRAGMENTOS T 4+4 - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	15,0000	558,0000	8.370,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001733	PLACA PEQUENO FRAGMENTOS T 4+6 - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	15,0000	558,0000	8.370,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001735	PLACA PEQUENO FRAGMENTOS T 7+5 - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	15,0000	558,0000	8.370,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001736	PLACA MULTIPLS FRAGMENTOS COM 7 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	2,0000	558,0000	1.116,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001737	PLACA TREVO P PEQUENO FRAGMENTOS 3 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	2,0000	568,0000	1.136,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001738	PLACA TREVO P PEQUENO FRAGMENTOS 4 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	2,0000	568,0000	1.136,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001739	PLACA TREVO P PEQUENO FRAGMENTOS 5 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	2,0000	568,0000	1.136,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001740	PLACA TREVO P PEQUENO FRAGMENTOS 6 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	2,0000	568,0000	1.136,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001741	PLACA TREVO P PEQUENO FRAGMENTOS 7 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	2,0000	568,0000	1.136,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001742	PLACA TREVO P PEQUENO FRAGMENTOS 8 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	2,0000	568,0000	1.136,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
000218	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX14MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
000219	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX16MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001743	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX18MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
000220	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX20MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
000221	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX22MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
000222	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX24MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
000223	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX26MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
000224	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX28MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
000225	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX30MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
000226	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX32MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
000227	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX34MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
000228	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX36MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
000160	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX38MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
000161	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX40MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
000229	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX42MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001744	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX44MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001745	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX46MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001746	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX48MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	60,0000	37,0000	2.220,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
001747	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX50MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	60,0000	37,0000	2.220,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
000230	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX52MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	60,0000	37,0000	2.220,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
000231	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX54MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	60,0000	37,0000	2.220,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
000232	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX56MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	60,0000	37,0000	2.220,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
000233	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX60MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	60,0000	37,0000	2.220,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

MEDTEC COMERCIO E REPRESENTACOES LTDA.

R. Ajuricaba, 1553
centro - 69301-070
BOA VISTA - RR Fone/Fax: 9532241150

DANFE

Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 000.000.233

Série 001

Folha 2/4



CHAVE DE ACESSO

1412 0784 0362 6800 0173 5500 1000 0002 3313 5995 5419

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA MERC ADO REC TERCEIROS D/E

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

314120001060712 - 13/07/2012 14:24:06

INSCRIÇÃO ESTADUAL

240032055

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT

CNPJ

84.036.268/0001-73

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	Q/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
830	PLACA DE RECONSTRUÇÃO PELVICA 6F - ORTOSIN - 3121 04	90211020	040	5102	UNI	8,0000	426,0000	3.408,00	0,00	0,00		0,00	
831	PLACA DE RECONSTRUÇÃO PELVICA 7F - ORTOSIN - 3121 05	90211020	040	5102	UNI	8,0000	426,0000	3.408,00	0,00	0,00		0,00	
938	PLACA DE RECONSTRUÇÃO PELVICA 15F - ORTOSIN - 3121 13	90211020	040	5102	UNI	2,0000	315,0000	630,00	0,00	0,00		0,00	
940	PLACA DE RECONSTRUÇÃO PELVICA 17F - ORTOSIN - 3121 15	90211020	040	5102	UNI	2,0000	420,0000	840,00	0,00	0,00		0,00	
941	PLACA DE RECONSTRUÇÃO PELVICA 18F - ORTOSIN - 3121 16	90211020	040	5102	UNI	1,0000	400,0000	400,00	0,00	0,00		0,00	
998	PLACA DE RECONSTRUÇÃO PELVICA 19F - ORTOSIN - 3121 17	90211020	040	5102	UNI	2,0000	426,0000	852,00	0,00	0,00		0,00	
847	PLACA TUBO SDQ 135x 3F - ORTOSIN - 4571 01	90211020	040	5102	UNI	60,0000	952,0000	57.120,00	0,00	0,00		0,00	
848	PLACA TUBO SDQ 135x 4F - ORTOSIN - 4571 02	90211020	040	5102	UNI	18,0000	754,0000	13.572,00	0,00	0,00		0,00	
675	PLACA TUBO SDQ 135x 6F - ORTOSIN - 4571 04	90211020	040	5102	UNI	19,0000	962,0000	18.278,00	0,00	0,00		0,00	
676	PLACA TUBO SDQ 135x 7F - ORTOSIN - 4571 05	90211020	040	5102	UNI	15,0000	964,0000	14.460,00	0,00	0,00		0,00	
677	PLACA TUBO SDQ 135x 8F - ORTOSIN - 4571 06	90211020	040	5102	UNI	23,0000	956,0000	21.988,00	0,00	0,00		0,00	
679	PLACA TUBO SDQ 135x 10F - ORTOSIN - 4571 08	90211020	040	5102	UNI	7,0000	675,0000	4.725,00	0,00	0,00		0,00	
684	PLACA TUBO SDQ 135x 20F - ORTOSIN - 4571 13	90211020	040	5102	UNI	14,0000	970,0000	13.580,00	0,00	0,00		0,00	
664	PLACA DE SUSTENTACAO DIREITA 4F - ORTOSIN - 4628 13	90211020	040	5102	UNI	16,0000	213,0000	3.408,00	0,00	0,00		0,00	
1007	PLACA DE SUSTENTACAO DIREITA 6F - ORTOSIN - 4628 08	90211020	040	5102	UNI	17,0000	210,0000	3.570,00	0,00	0,00		0,00	
665	PLACA DE SUSTENTACAO DIREITA 8F - ORTOSIN - 4628 09	90211020	040	5102	UNI	1,0000	179,0000	179,00	0,00	0,00		0,00	
666	PLACA DE SUSTENTACAO DIREITA 11F - ORTOSIN - 4628 11	90211020	040	5102	UNI	2,0000	206,0000	412,00	0,00	0,00		0,00	
667	PLACA DE SUSTENTACAO ESQUERDA 4F - ORTOSIN - 4629 14	90211020	040	5102	UNI	1,0000	216,0000	216,00	0,00	0,00		0,00	
668	PLACA DE SUSTENTACAO ESQUERDA 5F - ORTOSIN - 4629 03	90211020	040	5102	UNI	1,0000	216,0000	216,00	0,00	0,00		0,00	
669	PLACA DE SUSTENTACAO ESQUERDA 8F - ORTOSIN - 4629 10	90211020	040	5102	UNI	1,0000	159,0000	159,00	0,00	0,00		0,00	
670	PLACA DE SUSTENTACAO ESQUERDA 11F - ORTOSIN - 4629 11	90211020	040	5102	UNI	1,0000	192,0000	192,00	0,00	0,00		0,00	
671	PLACA DE SUSTENTACAO ESQUERDA 13F - ORTOSIN - 4629 12	90211020	040	5102	UNI	1,0000	222,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
750	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX10MM - ORTOSIN - 3316 01	90211020	040	5102	UNI	60,0000	149,9900	8.999,40	0,00	0,00		0,00	
948	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX12MM - ORTOSIN - 3316 02	90211020	040	5102	UNI	30,0000	150,0000	4.500,00	0,00	0,00		0,00	
751	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX14MM - ORTOSIN - 3316 03	90211020	040	5102	UNI	60,0000	148,5000	8.910,00	0,00	0,00		0,00	
753	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX18MM - ORTOSIN - 3316 05	90211020	040	5102	UNI	60,0000	125,0000	8.250,00	0,00	0,00		0,00	
756	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX24MM - ORTOSIN - 3316 08	90211020	040	5102	UNI	80,0000	135,0000	10.800,00	0,00	0,00		0,00	
757	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX26MM - ORTOSIN - 3316 09	90211020	040	5102	UNI	80,0000	128,0000	10.240,00	0,00	0,00		0,00	
758	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX28MM - ORTOSIN - 3316 10	90211020	040	5102	UNI	48,0000	128,0000	6.144,00	0,00	0,00		0,00	
759	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX30MM - ORTOSIN - 3316 11	90211020	040	5102	UNI	18,0000	126,0000	2.268,00	0,00	0,00		0,00	
760	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX32MM - ORTOSIN - 3316 12	90211020	040	5102	UNI	78,0000	133,0000	10.374,00	0,00	0,00		0,00	
765	PARAFUSO CANULADO R TOTA 3,5MMX12MM - ORTOSIN - 3316 02	90211020	040	5102	UNI	80,0000	90,0000	7.200,00	0,00	0,00		0,00	
766	PARAFUSO CANULADO R TOTA 3,5MMX14MM - ORTOSIN - 3316 03	90211020	040	5102	UNI	80,0000	90,0000	7.200,00	0,00	0,00		0,00	
767	PARAFUSO CANULADO R TOTA 3,5MMX16MM - ORTOSIN - 3316 04	90211020	040	5102	UNI	80,0000	90,0000	7.200,00	0,00	0,00		0,00	
768	PARAFUSO CANULADO R TOTA 3,5MMX18MM - ORTOSIN - 3316 05	90211020	040	5102	UNI	60,0000	90,0000	5.400,00	0,00	0,00		0,00	
770	PARAFUSO CANULADO R TOTA 3,5MMX22MM - ORTOSIN - 3316 07	90211020	040	5102	UNI	60,0000	90,0000	5.400,00	0,00	0,00		0,00	
771	PARAFUSO CANULADO R TOTA 3,5MMX24MM - ORTOSIN - 3316 08	90211020	040	5102	UNI	6,0000	90,0000	540,00	0,00	0,00		0,00	
772	PARAFUSO CANULADO R TOTA 3,5MMX26MM - ORTOSIN - 3316 09	90211020	040	5102	UNI	80,0000	90,0000	7.200,00	0,00	0,00		0,00	
774	PARAFUSO CANULADO R TOTA 3,5MMX30MM - ORTOSIN - 3316 11	90211020	040	5102	UNI	6,0000	90,0000	540,00	0,00	0,00		0,00	
1027	PARAFUSO CANULADO R TOTA 3,5MMX32MM - ORTOSIN - 3316 12	90211020	040	5102	UNI	42,0000	90,0000	3.780,00	0,00	0,00		0,00	



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

OSTEOSSÍNTESE FRAT. TROCANTEROMEDIAL
DE FÊMUR (D)

Data: 05/07/18

Nº. DO PRONTUÁRIO: 42167

Paciente: LENNON GIMON DA SILVA Idade 28A

Bloco: A Enfermaria 106 Leito: 1

Caixa: SDQ + SDC Nº SW

Circulante: OVANDE + ANGELIS Sala 04

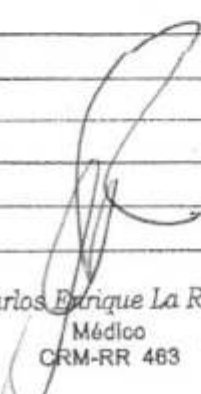
Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

PLACA DHS 03 FUSOS - 1

PANAFUSO DESLIZANTE P= 89-1

PANAFUSO CORTICAL Nº 40 - M
44 - M


Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

106



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: LEMNON CIRAO DA SILVA					
DIAGNÓSTICO: FRATURAS QUADRIL DA					
ALERGIAS: NEGA		HAS		DM2	
IDADE: 24		LEITO: 106-1		DATA: 05/10/18	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	SF0,9% 500ML EV DE 8/8HS				SN
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SN
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				SN
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA				SN
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H S/N				SN
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H				SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
13	CURATIVO DIÁRIO				m
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Reduzir
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: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

Paciente sei do c.c. e
boas condições

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

05/10/2018

	PA	FC	TP
6 H	120/80	89	—
12 H	104x65	74	35.5
18 H	103x71	85	36.0
24 H	100x60	97	36.6

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

12:00 05/10/2018 - paciente no leito retornou do c.c. as 11:40 / verificado SSVV e seg
as cuidados da enfermagem.

Maria de Fátima R. Silva
Téc. de Enfermagem
CORB-RR 437581 TE

18h - Paciente queixa-se de dores. Ad. m.c.p.m. + 88mls

Maria de Fátima R. Silva
Téc. de Enfermagem
CORB-RR 437581 TE



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Jéssica Brito			
DIAGNÓSTICO		V. Jéssica Brito			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	106-1	DATA	06/07/18	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20mg 12/12hs				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
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:

Ao bloco para programação cirúrgica

DE 6, 10 e 12
Fundo OK
ALTO HOSPITALAR

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 483

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



28 anos

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

FICHA REFERÊNCIA / CONTRA REFERÊNCIA

NOME: Leonor Ornan de Jesus Nº _____
DATA: 26/6/2017 ESPECIALIDADE: _____
OBSERVAÇÃO: _____
MÉDICO: Hugo Rafael

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL
Doença viral de constata-
ção há alguns meses
do 1º período do Fome

EXAME FÍSICO Dilata
a catapêdia

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA
Hugo R. Tolosa
MÉDICO
CRM 335

CONDUTA
26/6/2017

RESUMO CLÍNICO
CONTRA REFERÊNCIA
7

ENCAMINHAMENTO EMERGENCIA ()
INTERNAÇÃO ()
REDE BASICA ()

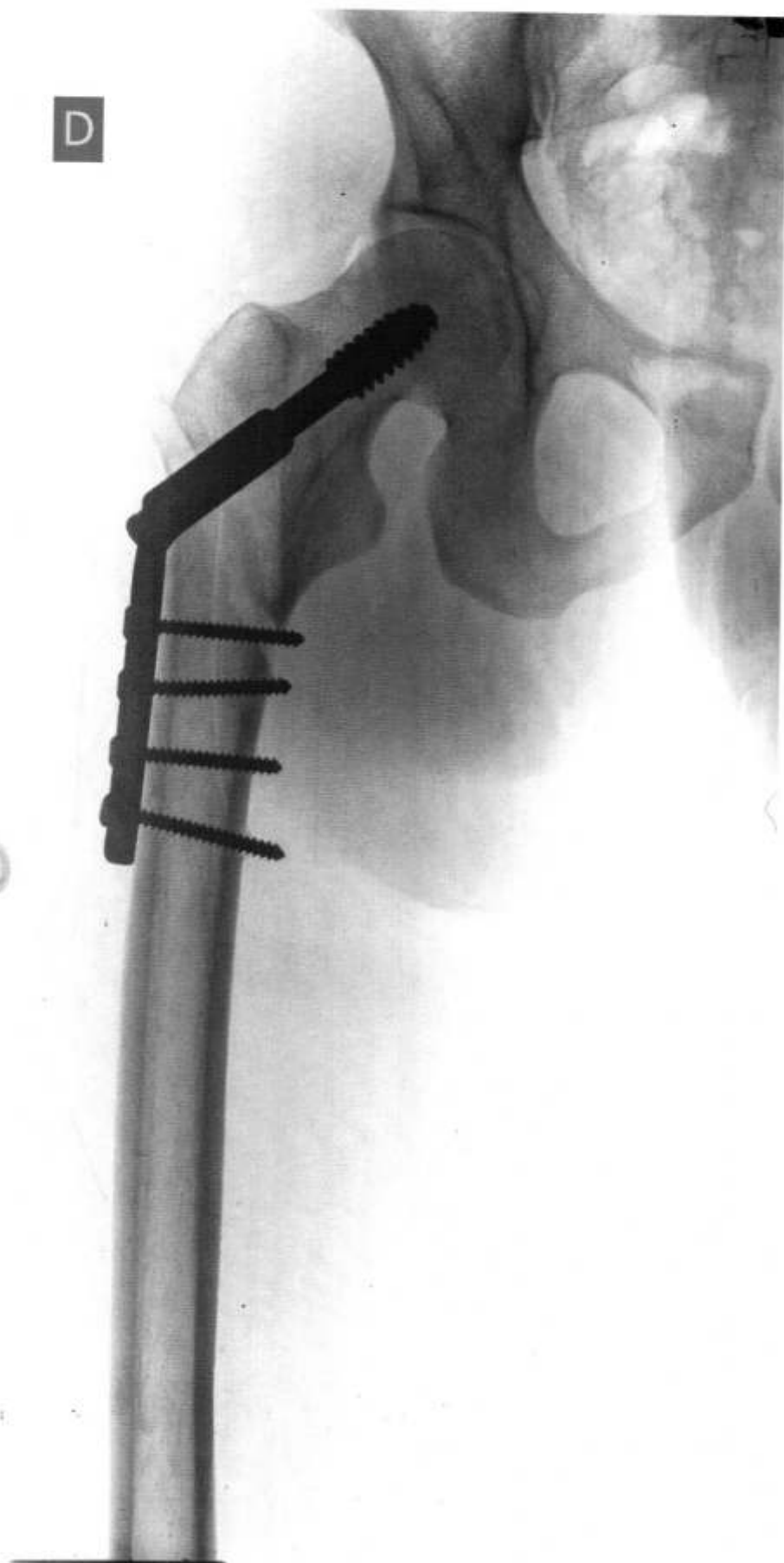
DATA: ____/____/____

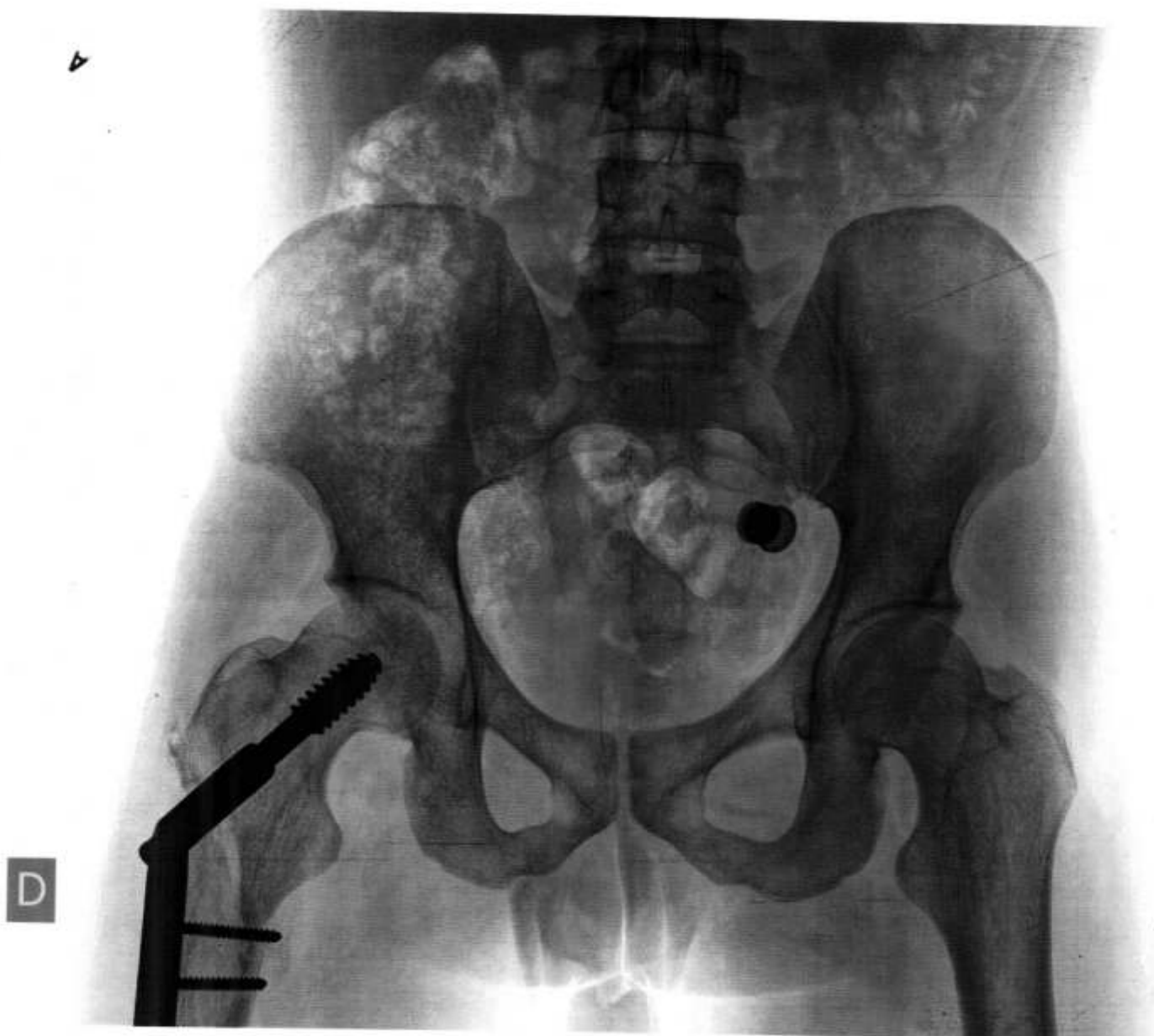
ASSINATURA DO MÉDICO





D



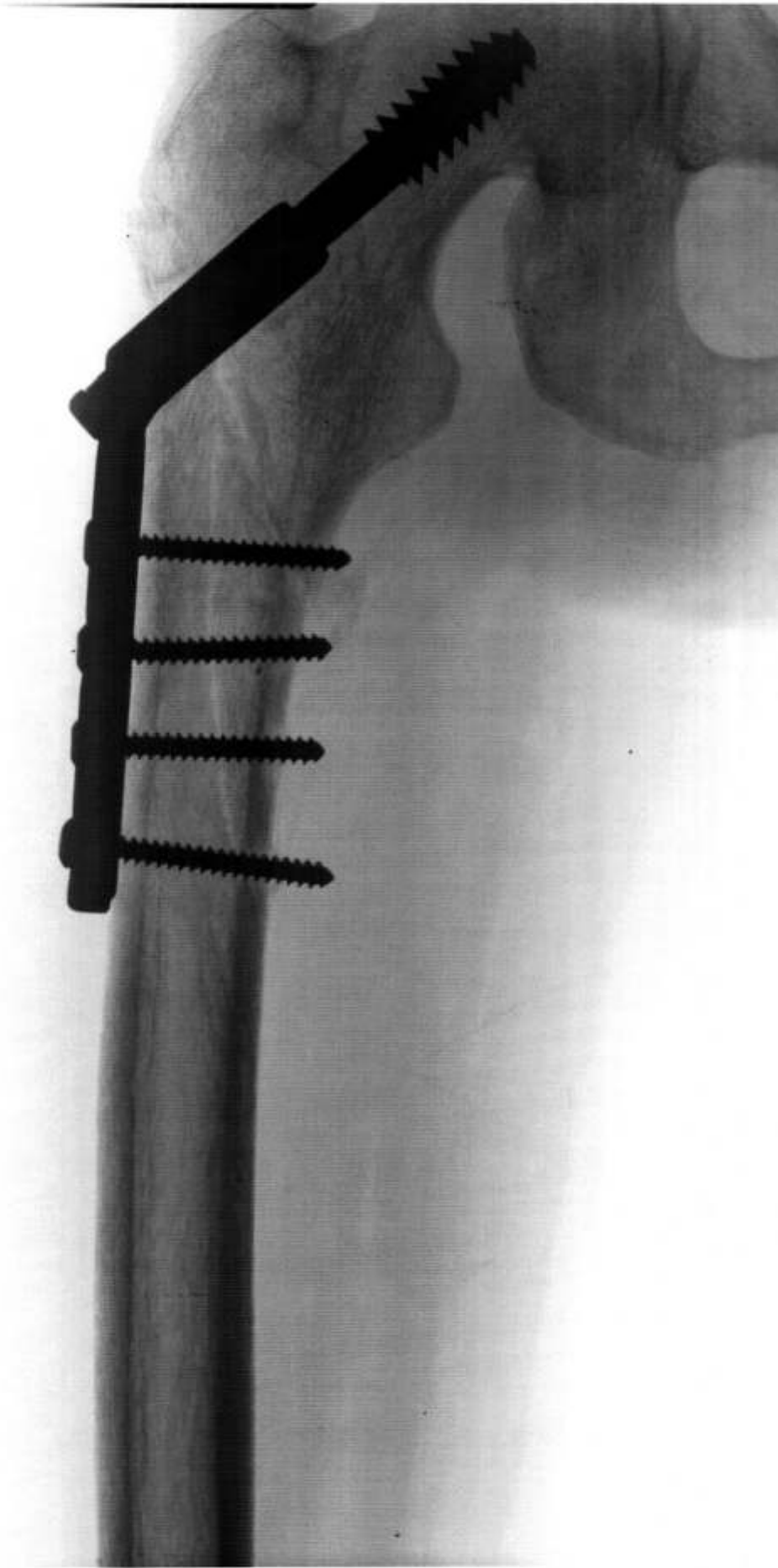


D



D

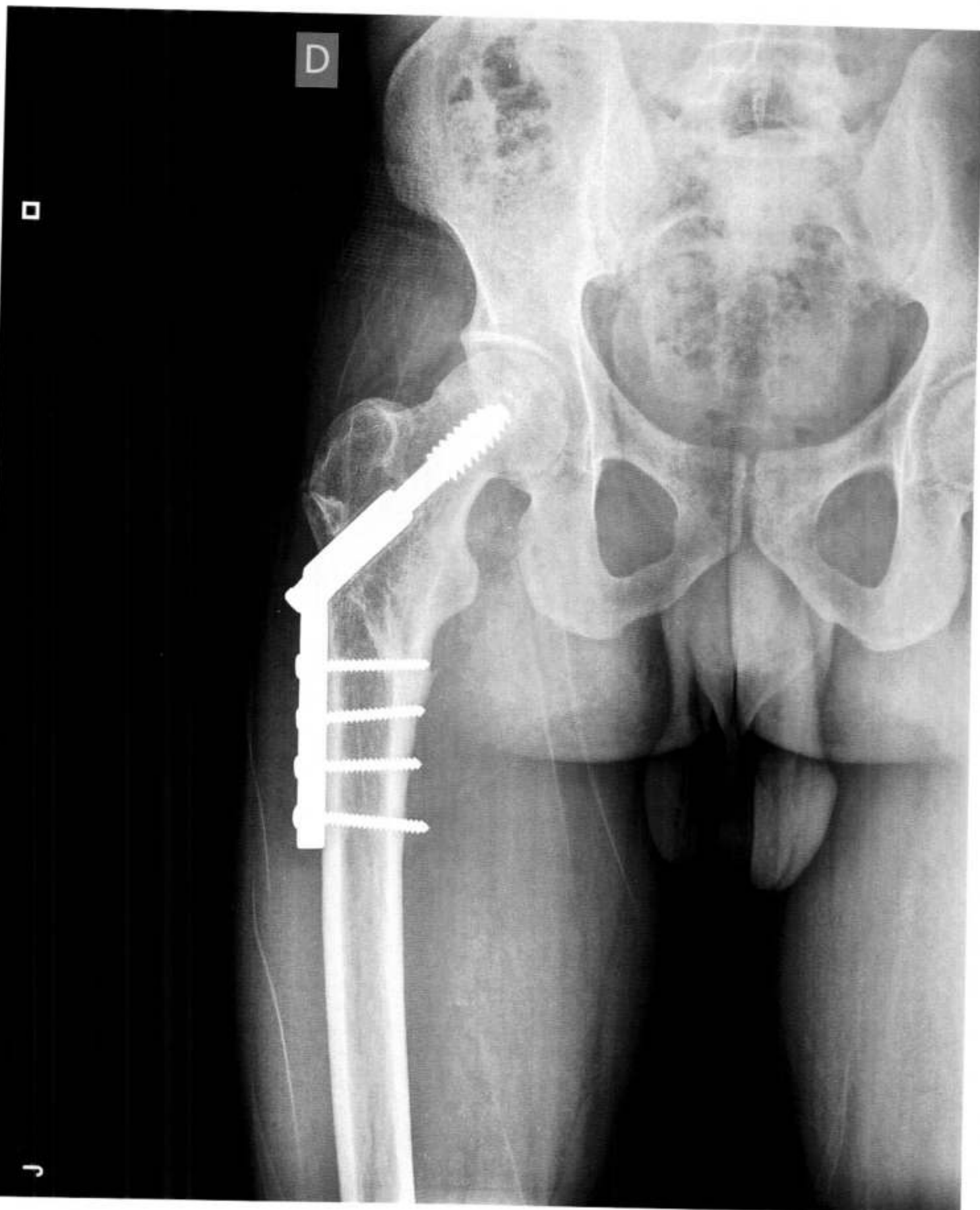




D

X





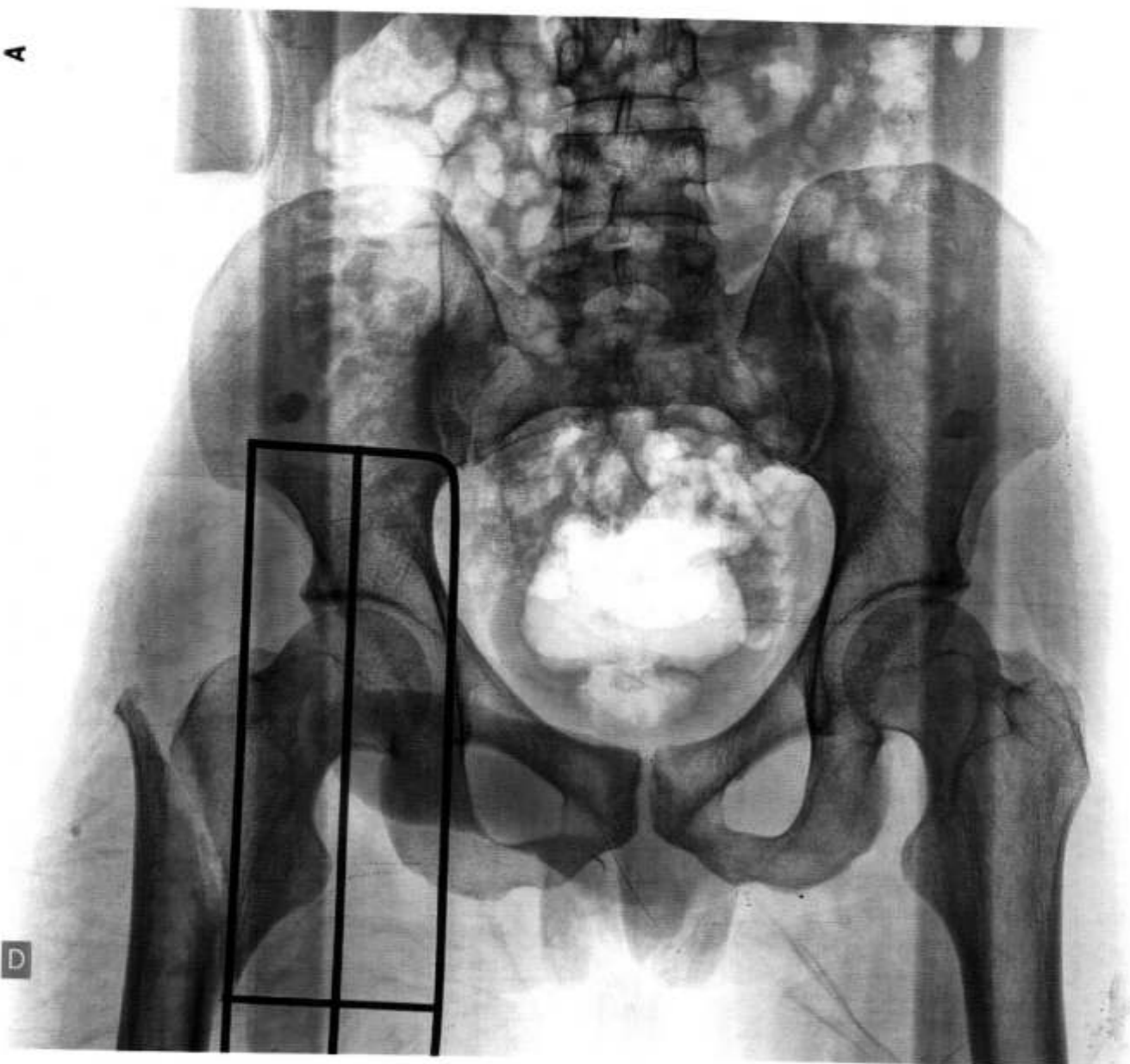






A

D





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
LEONON GIRAÔ DA SILVA

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSORA
194638 SSP RR

CPF
511.989.322-87

DATA NASCIMENTO
23/09/1989

FILIAÇÃO
SEVERINO CRISTOVÃO
SOUSA DA SILVA
MARIA ALDIEIA MADURO
GIRAÔ

PERMISSÃO
ACC
CAT. NASC
A

IPRIMETRO
04853049743

VALIDADE
10/12/2019

PHABILITAÇÃO
31/12/2009

OBSERVAÇÕES

Leonon Giraô da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
19/12/2014

00012102468
RR207808422

DETRAN RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
909989484

PROIBIDO PLASTIFICAR
909989484

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200117103 **Cidade:** Pacaraima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENNON GIRAO DA SILVA **Data do acidente:** 26/06/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 03. EXAME DE IMAGEM - PÁGINA 26.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Consulta de Veiculos na Base Local

Consulta Local por Placa: NAP8955

Situação: 1-EM CIRCULACAO

DADOS DO VEICULO

Placa: NAP8955 Chassi: 9C2KD0540DR139125 Renavam: 00538648813 Remarcado(S/N): N
Município: 00034-PACARAIMA Marca/Mod: 014908-HONDA/NXR150 BROS ESD
Procedência: 1 - NACIONAL Tipo: 04-MOTOCICLETA Espécie: 01-PASSAGEIRO
Categoria: 02-ALUGUEL - Combustível: 16-ALCO/GASOL Ano Mod/Fab: 2013 / 2013
Cor: 15-VERMELHA Cap Passag: 002 Potência: 000 Cilindradas: 0149
Carroceria: 999-NAO APLIC. N° Motor: KD05E4D139125 N° Câmbio:
Faixa Seguro: 09 Deficiente Físico: Selo Idoso:
Roubo Furto: N Data da Última Atualização: 23/02/2018 Taxi: NAO
Ano Último CRLV Emitido: 2019 Ano Último Licenciamento: 2019 - Autorizado em 20/05/2019
Observações: PROIB SAIR AMOZ OCID
Ind. Restrição: 9997 - SEM RESERVA DE DOMINIO
Número de autorização:

DADOS DO PROPRIETÁRIO

Nome: GILVAN DE OLIVEIRA ALVES CPF/CNPJ: 025.992.112-20
Endereço: RUA SINESIO SALES N°: SN Bairro: VILA NOVA
Complemento: CASA Cidade: PACARAIMA Cep: 69345000
Data Aquisição 0km: 24/05/2013 Valor 0km: 9696,00
Data Transferência: 25/01/2018 Valor: 6300,00 N° Doc. Aquisição: 36240

PROPRIETÁRIO ANTERIOR

Nome: VALDECIR DOS SANTOS CPF/CNPJ: 225.783.072-53
Endereço Anterior: BOA VISTA UF: RR

DADOS DA DOCUMENTAÇÃO

Data CRV: 28/02/2018 N° CRV: ***** Data CRLV: 20/05/2019 N° CRLV: 013042091740

RESTRIÇÕES

07-BENEFICIO TRIBUTARIO

Observações: PROIB SAIR AMOZ OCID N° Restrição: 59285411000113
Data Limite Rest Tributária: // Doc. Restrição Tributária:

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092833/20

Vítima: LENNON GIRAO DA SILVA

CPF: 511.989.322-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/06/2018

Titular do CPF: LENNON GIRAO DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

YARA DIVA GUIMARAES COSTA : 762.732.616-87

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

LENNON GIRAO DA SILVA : 511.989.322-87

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: 13/03/2020
Nome: YARA DIVA GUIMARAES COSTA
CPF: 762.732.616-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

YARA DIVA GUIMARAES COSTA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Rennon Girão da Silva
NACIONALIDADE: Brasil ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: mototaxista RG: 194638 SSP/RR
CPF: 511.984.322-87 ENDEREÇO: R. Madre Rosalinda, 316
BAIRRO: Aparecida CIDADE: Boa Vista
CEP: 69.306-230

VÍTIMA: Rennon Girão da Silva
CPF: 511.984.322-87 DATA DO SINISTRO: _____
NATUREZA: Imobilidade

OUTORGADA :

NOME: Yara Silva Guimarães Costa
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: Divorciada
PROFISSÃO: Autônoma
Nº DO RG: 464571-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR
DATA DE EMISSÃO: 27/06/2016
Nº CPF: 462.732.616-87
ENDEREÇO: Rua Acre, 569 - B. dos Postados

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por imobilidade, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a) bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

CARTÓRIO
LOUREIRO

Boa Vista, 28 de fevereiro de 2020

Rennon Girão da Silva
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

CARTÓRIO LOUREIRO DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRADOR

REC AUTENTICA a(s) assinatura(s)
41531895 - RENNON GIRÃO DA SILVA

ANP em testemunho da verdade Boa Vista, 28/02/2020
Bmct: 2.45, FUNDEJURR: 0.25, FISC: 0.10, FECON: 0.10, SS: 0.10, IVA: 50
Selo: REC/PF/583454AQISABT5SKGXY66 N° Ticket: 00402
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselo.com.br>
CPF Solicitante: 51198932287

Antônio G. Sabino
Escrevente Autorizado
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092833/20

Vítima: LENNON GIRAO DA SILVA

Data do acidente: 26/06/2018

CPF: 511.989.322-87

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LENNON GIRAO DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

YARA DIVA GUIMARAES COSTA : 762.732.616-87

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

LENNON GIRAO DA SILVA : 511.989.322-87

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: 13/03/2020
Nome: YARA DIVA GUIMARAES COSTA
CPF: 762.732.616-87

YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO