

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: 2929181920201206160903****Processo 0829805-21.2020.8.23.0010  - (17 dia(s) em tramitação)****Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário**Assunto Principal:** 9597 - Seguro**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)	
Realces 						
Realçar Movimentos de: <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						
Filtros 						
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): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>						
8 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 8						
500 por páginas 1						
Seq.	Data		Evento		Movimentado Por	
<input type="checkbox"/>	8 06/12/2020 16:09:03		JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
			8.1 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 KITSEGURADORALIDER.pdf	
			8.2 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2770304CONTESTACAO01.pdf	
			8.3 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2770304CONTESTACAOAnexo02.pdf	
			EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			
	7 26/11/2020 18:09:51		Para advogados/curador/defensor de LENNON GIRÃO DA SILVA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE MANDADO DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO (26/11/2020)			
<input checked="" type="checkbox"/>	6 26/11/2020 10:30:36		DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE MANDADO DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO			
	5 19/11/2020 15:06:10		CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL			
	4 19/11/2020 15:06:10		RECEBIDOS OS AUTOS			
	3 19/11/2020 15:06:10		REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR			
	2 19/11/2020 15:06:10		Registro de Distribuição			
			DISTRIBUÍDO POR SORTEIO			
			5ª Vara Cível			
<input checked="" type="checkbox"/>	1 19/11/2020 15:06:10		JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL			



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, 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

Carta nº 15625531





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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:

Lennnon Giro 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:

Lennnon Giro da Silva

6 - CPF:

511.989.322-87

7 - Profissão:

mototaxista

8 - Endereço:

rua madre Padgunder

9 - Número:

316

10 - Complemento:

casa

11 - Bairro:

Aparecida

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69306-230

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(95)9-9119-0143

- 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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3408

CONTA: 4848

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro

 Casado (no Civil)

 Divorciado

 Separado Judicialmente

 Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim

 Não

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

28 - Vítima teve filhos?

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (não 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 7 Boa Vista 13/03/2020

X Lennnon Giro da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



5820



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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	Méio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	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 Nº: 316
Bairro: Nossa Senhora Aparecida CEP: 69.306-230
Telefone: (95) 99115-4727 (Celular) (95) 99118-9538 (Celular)

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 Nº: 659
Complemento: APTO 02
Bairro: DOS ESTADOS



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

LENNON GIRAO DA SILVA

Envolvimentos

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 À MOTOCICLETA DEVIDAMENTE DESCrita ACIMA ESTÁ NO NOME DE GILVAN DE OLIVEIRA ALVES. É o aditamento/correção/acréscimo.

ASSINATURAS

DAT

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

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 que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 329-Demissão Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010863/2020

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.

ASSINATURAS

Francisco Edinaldo Pinto
Agente Carcerário
Matrícula 42000414
Responsável pelo Atendimento

LENNON GIRAO 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-Denúncia 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:

 02-MS (EXPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

2 - Número do RG:

3 - CPF da vítima:

511.989.322-87

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

6 - Profissão:

7 - Endereço:

5 - CPF:

6 - RG:

7 - Número:

8 - Complemento:

11 - Nome:

9 - Cidade:

10 - Estado:

11 - CEP:

12 - Bairro:

13 - E-mail:

13 - Cidade:

14 - CEP:

15 - Número:

16 - Complemento:

17 - Telefone:

18 - Celular:

19 - Telefone:

20 - E-mail:

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 (ANEXO 1 CÓPIA).

20 - RENDIMENTO MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECLAMO INFORMAR

 R\$1.000,00 a R\$1.000,00

 R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00

 SEM RESPOSTA

 R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00

 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

 REPRESENTANTE LEGAL DA BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/UTORI)

22 - CONTA POUPLANÇA (sementes, frutas, legumes, sementes, flores, etc.)

 CONTA CORRENTE (dinheiro na mão)

Nome do BANCO:

 BCP (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (004)

AGÊNCIA:

3408

01-Numero da agência

(Incluir agência e bairro)

02-Número da conta

(Incluir agência e bairro)

03-Nome da conta

(Incluir agência e bairro)

04-CPF da conta

(Incluir agência e bairro)

05-Nome do beneficiário

(Incluir agência e bairro)

06-CPF do beneficiário

(Incluir agência e bairro)

07-Nome da agência

(Incluir agência e bairro)

08-Nome da cidade

(Incluir agência e bairro)

09-Nome do bairro

(Incluir agência e bairro)

10-Nome da rua

(Incluir agência e bairro)

11-Número da casa

(Incluir agência e bairro)

12-CEP

(Incluir agência e bairro)

13-Complemento

(Incluir agência e bairro)

14-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

15-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

16-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

17-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

18-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

19-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

20-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

21-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

22-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

23-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

24-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

25-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

26-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

27-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

28-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

29-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

30-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

31-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

32-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

33-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

34-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

35-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

36-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

37-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

38-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

39-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

40-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

41-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

42-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

43-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

44-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

45-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

46-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

47-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

48-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

49-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

50-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

51-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

52-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

53-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

54-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

55-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

56-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

57-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

58-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

59-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

60-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

61-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

62-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

63-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

64-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

65-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

66-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

67-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

68-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

69-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

70-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

71-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

72-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

73-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

74-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

75-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

76-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

77-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

78-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

79-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

80-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

81-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

82-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

83-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

84-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

85-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

86-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

87-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

88-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

89-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

90-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

91-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

92-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

93-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

94-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

95-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

96-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

97-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

98-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

99-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

100-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

101-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

102-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

103-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

104-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

105-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

106-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

107-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

108-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

109-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

110-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

111-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

112-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

113-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

114-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

115-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

116-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

117-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

118-Local de trabalho

(Incluir agência e bairro)

119-Local de residência

(Incluir agência e bairro)

120-Local de lazer

(Incluir agência e bairro)

121-Local de estudo

(Incluir agência e bairro)

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: 00000004848-6

Nr. da Autenticação A01B695144EA3B09



RORAIMA ENERGIA

Roraima Ene - A.S.A.
Av. Capitão Eng. Góes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 0001.0225-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imprensa autorizada pela SEPAZ 368/13

Para contato com a Roraima Energia
informe este N°: 0072446-7

SEU CÓDIGO
0072446-7

Nº da Nota Fiscal: 4531846

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 23 de abril de 2002. FCAM*

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020	16/02/2020	381	362,99
		CPF: 00018865739215	

DADOS DA LEITURA (kWh)

Atual:	9936
Anterior:	9555
Dias de consumo:	32
Constante de Multiplicação:	1.000
Consumo médio:	381
Consumo Faturado:	381

DATAS DA LEITURA

Atual:	31/01/2020
Anterior:	30/12/2019
Próxima leitura:	28/02/2020
Emissão:	30/01/2020
Apresentação:	31/01/2020

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo:	1.1.1.1
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	MONO
Número Medidor:	TOMI 705014
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	N 1504726

CONSUMO

RELIGAÇÃO	381 A R\$ 0,760481 =	289,74
CORREÇÃO MONETÁRIA DA IL (2X)		8,07
CORREÇÃO MONETÁRIA 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
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		7,48
		31,36

DESCRIPÇÃO DA CONTA

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
8 A 381 - 0,617770

Média 12 meses: 609

HISTÓRICO DE MEDAÇÃO

Mês	Leitura
JAN/19	647
FEV/19	594
MAR/19	685
ABR/19	864
MAY/19	697
JUN/19	699
JUL/19	755
AGO/19	668
SET/19	653
OUT/19	836
NOV/19	698
DEZ/19	640
JAN/20	381

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800819120 E FAÇA O PÓS VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 30/01/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ 362,99

Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ALIQUOTA	VALOR
Distribuição: 157,49	Tributos: 8,92	209,74	ICMS: 17,00%	45,25
Transmissão: 68,97			PIS: 8,31%	8,98
			COFINS: 1,57%	4,01

INDICADORES DE CONTINUIDADE

QIC	FIC	DMIC	DCRI			
Mensal: 6,03	Trimestral: 12,06	Anual: 24,12	Mensal: 7,27	Trimestral: 14,54	Anual: 29,08	Mensal: 3,54
Realizado: 3,78			Parâmetro de apuração: 1,00			3,78
Conjunto: 3,78						

RORAIMA ENERGIA

Para contato com a Roraima Energia, use este NÚMERO » **SEU CÓDIGO** **0009732-2**

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garces, 191 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ/388/13

CONTAS/MES **VENCIMENTO** **CONSUMO (KWH)** **TOTAL X PAGAR (R\$)**

JANEIRO/2020 **16/02/2020** **563** **465,78**

CPF: 00011122233396

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

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	61969	Atual:	31/01/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	61496	Anterior:	30/12/2019	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	32	Próxima Leitura:	28/02/2020	Ligações:	BITAFICA
Constante de Multiplicação:	1.008	Emissão:	30/01/2020	Número Medidor:	220485
Consumo medido:	563	Apresentação:	31/01/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	563			Modalidade:	0 1619578

DESCRICAÇÃO DA CONTA

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 563 - 0,617770

HISTÓRICO DE MEDICAO

Mês	Leitura
JAN/19	184
FEV/19	201
MAR/19	305
ABR/19	386
MAY/19	279
JUN/19	282
JUL/19	386
AGO/19	304
SET/19	355
OUT/19	430
NOV/19	349
DEZ/19	518
JAN/20	563

Média 12 meses: 399,7019126

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 39997019126 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 5306.6260.1D82.D8FS.47FD.14A1.859C.2D85

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia: 232,72	Encargos: 13,18
Distribuição: 101,92	Tributos: 89,33
Transmissão: 0,00	

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	ALIQUOTA	VALOR
428,15	ICMS: 17,00%	72,78
	PIS: 0,31%	1,33
	COFINS: 1,45%	6,22

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC		FIC		DMIC		DCRI
Mesal	Trimestral	Anual	Mesal	Trimestral	Anual	Mesal	Mensal
Linha	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		R\$0,00	105,50



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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/BIBLIOTECAWEB/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 Guimaraes Lota inscrito (a) no CPF 762.732.616-87,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Leannon Girod da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 511.989.322-87, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima
Leannon Girod 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:

R6 e cvf

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>Alma Cire</u>	Número	<u>569</u>	Complemento	<u>lata</u>
Bairro	<u>Estados</u>	Cidade	<u>Boa Vista</u>	Estado	<u>R.R</u>
Email	<u>Yaradiva.dpvat@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	—	Telefone celular (DDD)	<u>(95) 9.9119-0143</u>

Boa Vista, 13 de março de 2020

Assinatura do Declarante

7/06/2018 Raquel L. Salazar
Técnico Enfermeiro
COREN-RB 001.058.491-TE
NTEIUVU
04/07/18

... Guia de Atendimento 02 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA						NOTURNO 19- 5	
1800973037	27/06/2018 02:57:35	Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF 07	Prontuário
		LENNON GIRAO DA SILVA	23/09/1989	28 A 9 M 4 D	898000749766842	00042161	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE	194638			M		PARDA	BRASILEIRA
Mãe		Pai		Contato		Ocupação	
MARIA ALDIZIA MADURO GIRAO		SEVERINO CRISTOVAO SOUZA SILVA				NÃO INFORMADA	
Endereço							
RUA - ALVARO MAIA - 520 - NOSSA SENHORA APARECIDA - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA						
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL			OZIRES.PRADO			
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem		GSC					TOTAL
do que de a no te		AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)							
Aproxeto febre de febre.							
Exame Físico	Dor no lado						
Hipótese Diagnóstica	Fimbra do Roraima ferida						
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____						
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
Hernia				<p>Hospital Geral de Roraima Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto Tel (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO</p> <p>Dr. Marcos Felipe Díaz Médico RR 1869</p> <p>Dr. Marcos Felipe Díaz Médico RR 1869</p>		<p>Certifico que a presente cópia é de reprodução original que foi apresentado neste hospital</p>	
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: ____ / ____ / ____ : ____						
Óbito	Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica						

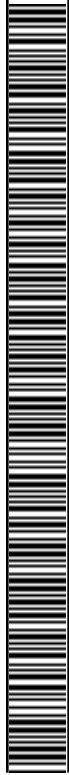
Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

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



1800973037





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 07/12/2020

O.S. _____

Lennan Gomes d Silva

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____

Fratura quadril

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: _____

Traçar esguicho bco

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

Fratura quadril

CIRURGIÃO: Dr. Lennan

1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: Local

ANESTESISTAS: Dr. Lennan

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

- Pecúnia entro fet
- Acrylic cuita
- Mervata bco para bco
- traçar bco stc - 3.0
- curar per s.s



Jesus A. Lopez Aguirre
Médico
CRM-RR 566

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

Nome do Paciente	28	APT OU LEITO	Nº do Prontuário	Data
				27/10/2018

TIPO	CIRURGIA		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Tranqüilizante	13:00	13:10	

CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA		
	ANESTESISTA:		
	RES. ANESTESIA:		
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR		

2º AUXILIAR	CIRULANTE		
	Local		TEMPO DE DURAÇÃO:
	Cidemilton e Vane		

TIPO DE ANESTESIA:	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500ml	
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	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 SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA05 ML			KIT CATARATANº	
	SERINGA 10ML			<input checked="" type="checkbox"/> GEOFOAM Atadura 30cm	
	SERINGA20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS:	

150ml Cloropropíno 4%
250ml Alcool 70%

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
---	----------------------------	-------

INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	VALOR
	Bruna Silene e Suelen		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA Vane e Cidemilton	TAXA DE SALA TAXA DE	

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bmg. Euzebio Gomes, 5/5
Novo Horizonte Tel (065) 2121-0620 DEMA
AUTENTICAÇÃO

Certifico-e-Dou 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	LEMPOL GINA In 50		
DIAGNÓSTICO	Fractura 9-06-07		
ALERGIAS	HAS	NEGA	
IDADE	25	LEITO	
ITEM	PREScrição		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		S/N
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia		manter
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		
4	TILATIL 20mg 12/12hs		
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N		S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS		22.6.14
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		201112
10	SSVIV + CCGG 6/6 H		S/N
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		
14	CURATIVO DIARIO		Robina
15			
16			
17	An block		
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; \geq 400: 10 UI <u>E OU</u> GLICOSE \leq 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



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



OK
09.

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN				
PACIENTE	Lennon Girão da Silva					
AGNÓSTICO	Fratura Ossífica					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	28	LEITO		DATA	23/10/18	
ITEM	PREScrição					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SND
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8 HS (Cefazolin)					
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					
7	TRAMAL 100MG + 100 SF 0.9% EV DE 8/8h SE DOR INTENSA					
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					
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					
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 CIRÚRGICA

Jesus A. López Aguirre
Médico
CRM-RR 556

SINAIS VIT	PA	FC	FR	Respiratória	Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	124x79	85			
12 H					
18 H	133x63	79			
24 H				102 mg/dl	

Naides Oliveira
Técnica de Enfermagem
CORENRR 903.896 TE



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	09
PACIENTE	LÉMON Cíntia da Silva			
DIAGNÓSTICO	Fratura Omoplata D1			
ALERGIAS	HAS NEGA			
IDADE	28	LEITO	09	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			5/10
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia			—
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (Corrente)			18-06
4	TILATIL 20mg 12/12hs			5/10
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N			5/10
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) 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			5/10
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			5/10
10	SSVV + CCGG 6/6 H			Rotação
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			5/10
14	CURATIVO DIARIO			Rotação
15				
16	Ao bloco			NTR!
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, crise contínua				

Ao bloco para programação cirúrgica

Jesus A. Lopez Aguirre
Médico
CRM-RR 566

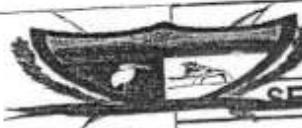
SINAIS VITAIS	PA	FC	Dextm
6 H			
12 H			
18 H	136/68	79	97
24 H	106/76	72	36,3C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

PA - 96 x 70 TAX - 33,6
FC - 87

106-1

09



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



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	LEOPOR Gino Te Puna		
DIAGNÓSTICO	Fratura Iliac		
ALERGIAS	28°	HAS	DM2
IDADE	28	LEITO	DATA 29/06/18
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO manh	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	06	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	10-12	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	12-16	
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	50	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	50	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	50	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N	50	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	50	
10	SSVV + CCGG 6/6 H	50	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	50	
14	CURATIVO DIARIO	curativo	
15	Naften Thiaz		
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% 10 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
19			
20			
EVOLUÇÃO MÉDICA: Pouco evolução clínica com			

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 555

Bloco-1



SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TC
6 H	100-60	70	30	36°
12 H	108-77	94	19	36°
18 H				
24 H	91x68	75	-	36.4

17:00. Paciente no leito secação de algie e
feito medicag C.P.M

Soraia Pinheiro Cavalcanti
CORPO 00000000000000000000000000000000



Acompanhamento das Feridas;
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data da Elaboração:
Fevereiro 2013
Atualização: Janeiro / 2015
ENF/LEITO:

Nome: *Leimou Ginetes da Silveira 09*

DATA: *29.06.18*

GRAU - I
 GRAU - II

Localização / Região		Localização / Região	

Etiologia: Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética
 Neuropática Cirúrgica Trauma Outra:

Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm

Área do Leito: Tecido de granulação com esfacelo Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato: seco, mínimo úmido, pouco úmido, moderado molhado, abundante

Tipo de exsudato: Seroso Fibrinoso Sanguinolento Purulento Serossanguíneo

Dor: Sim Não

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 _____

Solução para limpeza: Soro fisiológico 0,9% Clorexidina 1% Clorexidina 4% Outro: _____

Cobertura primária (Contato direto na lesão): Gaze Collagenase Fibrinase Sulfadiazina de Prata AGE Outro: _____

Horas do curativo: Manhã Tarde

Próxima troca: *Diariamente* (Ciclo de + de 24hs)

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: 01- *Jucielyne Moreira* 02- *Leila*

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: *Jucielyne Moreira* *Leila*

OBS: *Privo de as pectu seco, suave*

OBS: _____



106-1

106.1

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			HGR Hospital Geral de Roraima	
		PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	LEONOR CINHA DE SLEW					
DIAGNÓSTICO	Fratura quadri					
ALERGIAS	HAS		DM2			
IDADE	28	LEITO	F09	DATA	30/12/10	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				SWO	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (CUR/12/10)				suprime	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				10-12	
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				SW	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SW	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SW	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SW	
10	SSVV + CCGG 6/6 H				gostina	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SW	
14	CURATIVO DIARIO				curativo	
15	hasta final				—	
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; \geq 400: 10 UI E OU GLICOSE \leq 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MEDICA: Recuperação evolui, grande cura						

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS				
6 H	100x60	80	~	36
12 H	100x80	87		36.5
18 H	100x80	85		36.2
24 H	93x65	173		36.2

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



PREGRÀCIA DIÀRIA



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HGR
Hospital Geral
da Roraima

CONSELHO DE RORAIMA
Hospital Geral da Roraima

PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN
PACIENTE	<i>Joao Gordo</i>			
DIAGNÓSTICO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	<i>106</i>	DATA <i>02/07/18</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			<i>5N D</i>
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia			<i>18* 24 06.12</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			<i>22 10</i>
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			<i>5 SN</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS			<i>07 11 06</i>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			<i>5N</i>
10	SSVV + CCGG 6/6 H			<i>Ranitida</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			<i>5N</i>
14	CURATIVO DIARIO			<i>Roxatina</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 MEDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

*B6, LORE D
Afonso*

*Carlos
Enrique La Rosa
CRM-RR 162*

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

SINAIS VITais	P-A	FC	FR	TAX
6 H				
12 H	<i>100x70</i>	<i>88</i>	<i>70</i>	<i>36</i>
18 H	<i>90/63</i>	<i>103</i>		<i>37°C</i>
24 H	<i>100x50</i>	<i>88</i>		

*12h PCT no Leito, ORICITADO
com evolução*

*Isaquel Lima Silva
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 876.594-TE*

1061

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

GERECHO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HGR
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE		Joao Corao		
DIAGNÓSTICO		Fratura		
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	106-1	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia			19
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			18
4	TILATIL 20mg 12/12hs			10
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N			5N
6	TRAMA: 100mg + SF 0.9% 100ml EV Ou 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			5N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			5N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S			11/12/16
9	SINETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			5N
10	SSVV + CCGG 6/6 H			Ranitina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			S N
14	CURATIVO DIARIO			Ranitina
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

86,1088
Corrigida 5a

SINAIS VITais	PA	PC	Fr	Txx
6 H	100/80	78		36
12 H	111x69	84		36,5
18 H	118x80	96		35,6
24 H	118/75	78		36

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Carlos Bragaque da Rosa
Medico
CRM RR 483

Renaldo Gonçalves da
Técnico de Enfermagem
CORONEL DA REGIA

06/12/2020 para a m. 2020 foto
probável crp e 55/100
3-4m nos undos, nqz, ob nqz

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

HGR
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO *10/02/20* **DIH** **DN**

PACIENTE *Joelso Brá*

DIAGNÓSTICO *V*

ALERGIAS

IDADE *LEITO* **NEGA** **DM2** **NEGA** **DATA** *04/02/20*

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	<i>5N</i>
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia	<i>18</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	<i>12</i> <i>18</i>
4	TILATIL 20mg 12/12hs	<i>10</i> <i>22</i>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N	<i>10</i> <i>22</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	<i>5N</i>
	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	<i>14/22</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS	<i>14/22</i>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	<i>5N</i>
10	SSV + CCGG 6/6 H	<i>Ranina</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; \geq 400: 10 UI E OU GLICOSE \leq 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MEDICA:

1º bloco para programação cirúrgica

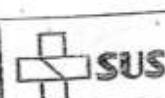
*08/02/2020
Joelso Brá*

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463

SINAIS VITais			
6 H			
12 H	110x80	86	36x85
18 H	120x80	74	36x86
24 H	100x60	56	36x86
diá	120x50	70	36x86

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

*18/02/2020 10:30 Me condie o AVP foi colocado no joelho 18 mm m SE e to
na unha 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

1457

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

1461

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

LEMOS CINHO M. SICILY

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - FONE DE CONTATO
0800 11 60 1111

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, Bairro)

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ribe acidente, queimadura
de e luxação funcional do joelho dir

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Clinica

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

Pr baci

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

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

EMERGÊNCIA HOSPITALAR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

ORTEGrafia de quadris

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

CLINICA

ESTRUTA

() CNS

() CPF

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Jeronima Lopes Aguiar

05/02/18

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - N° DO BILHETE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJEIRO

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR

() PROFISSIONAL

() DOCUMENTO DE CREDENCIAMENTO DO PROFISSIONAL MANTINHA

() CNS

() CPF

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

SI/100

0408050638
5720

V299

S7



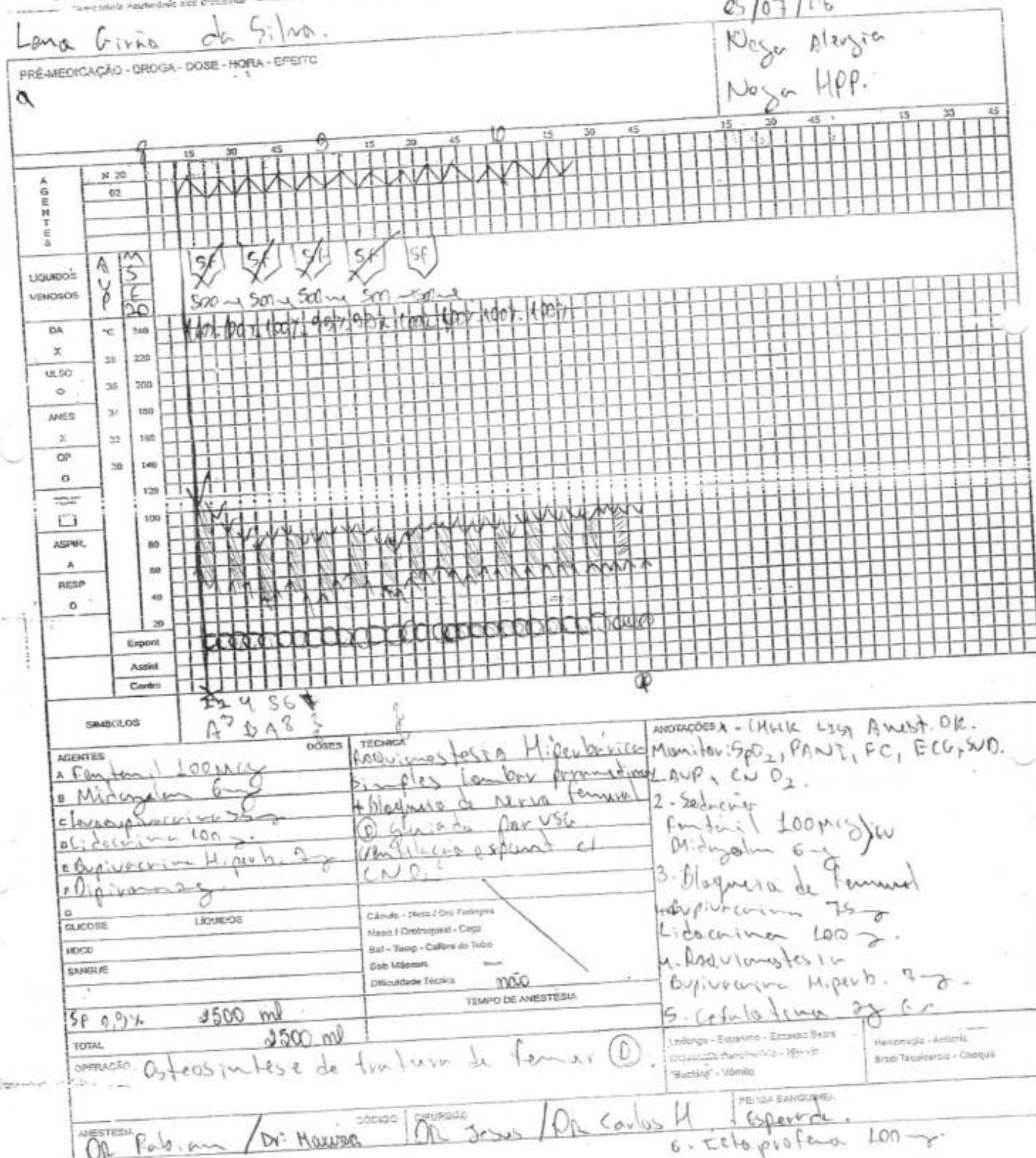
FICHA DE ANESTESIA

05/07/11

Neger Alzogian
Neger H.P.

Lara Gírio da Silva

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO



ANESTESIA: Dr. Pablo am / Dr. Hawass | DODICO: Dr. Jesus / Dr. Carlos H | CIRURGICO: Dr. J. E. Espinosa. 6. Teto profundo. Lon -

Dr. Mull

Dr. Marisa Pinto
Anestesiologista
CRM/RR - 308

H. Espanto.
 6. Etoprofeno 100 mg
 7. Dipiron 2g
 8. Ator p. S.A.P.A.
 9. Cefadroxil 500 mg
 ⑧ S.B.P.A. Hemodilucente 100 ml
 M 104 x 59 (77) 299 400
 FC 79



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	ID: 28	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Lennom Góes da Silva		106-1	42167	05/10/18

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
OSTEOSÍTESE FRACTURA TRANSTO CANTERNA DE FÉMUR	9:18	10:35	
CIRURGIA			
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	Dr. Fabiano	
Dr. Jesus	RES. ANESTESIA:	Dr. Marcelo R.	
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	Dr. Bruno R.	
Dr. Carlos Ernane	CIRCULANTE	Yank	
2º AUXILIAR		Angela e Ovando	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	TEMPO DE DURAÇÃO:		VALOR
			QUANT	MEDICAMENTOS	
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO 500 ml	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE		1	Frasco soro	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5		1	FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO VICRYLNº 0	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5		1	FIO MONONYLON Nº 0	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS TAN M		1	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURINº 15		1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUCÇÃO Nº		1	FIO CATGUT SIMPLES Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX Nº		1	FIO CATGUT CROMADO Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO PROLENE Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 01ML	2,00	1	FIO SEDA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA03ML	2,00	1	SURGICEL ALCOOL 70%	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA05 ML		1	CERA P/ OSSO CLOREXIMA 2%	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		1	KIT CATARATAN CLOREXIMA ALCOOL	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA20ML		1	GEOFOAM SORDA FOLEY 2-16	
<input checked="" type="checkbox"/>	Fluido		1	FITA CARDIACA BOLSA COLETOM UNA	
<input checked="" type="checkbox"/>	Latão O2		1	OUTROS: ACULINA P/ MAQUIN-26	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Enf. Bruno Enf. Suelen	MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB- TOTAL
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA Angela Ovando	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	SOMA

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR		DANFE												
MEDTEC - COMERCIO E REPRESENTACOES LTDA. RUA AJURICABA, 1553 CENTRO - 69301-070 BOA VISTA - RR Fone/Fax: 953241156		Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAIDA Nº. 000.000.485 Série 001 <i>Folha 2/5</i>												
				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 Autorizada										
				PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO										
				314130002114633 - 20/11/2013 09:18:02										
NATUREZA DA OPERAÇÃO		VENDA DE MERCADORIA		CNPJ										
INSCRIÇÃO ESTADUAL		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.		84.036.268/0001-73										
240032055														
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS														
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO		NCM/SH	D/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 FUROS - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	40,0000	600,0000	24.000,00	0,00	0,00		0,00	
000607	PLACA LARGA DE A/C P PARAFUSO 4,5 C/ 09 FUROS - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	40,0000	600,0000	24.000,00	0,00	0,00		0,00	
001639	PLACA LARGA DE A/C P PARAFUSO 4,5 C/ 10 FUROS - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	40,0000	600,0000	24.000,00	0,00	0,00		0,00	
000465	PLACA LARGA DE A/C P PARAFUSO 4,5 C/ 12 FUROS - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	40,0000	600,0000	24.000,00	0,00	0,00		0,00	
000466	PLACA LARGA DE A/C P PARAFUSO 4,5 C/ 14 FUROS - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	40,0000	600,0000	24.000,00	0,00	0,00		0,00	
000467	PLACA LARGA DE A/C P PARAFUSO 4,5 C/ 16 FUROS - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	40,0000	600,0000	24.000,00	0,00	0,00		0,00	
001720	PLACA DE A/C P PARAF 3,5 COM 3 FUROS - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	50,0000	373,0000	18.650,00	0,00	0,00		0,00	
000323	PLACA DE A/C P PARAF 3,5 COM 4 FUROS - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	50,0000	373,0000	18.650,00	0,00	0,00		0,00	
001721	PLACA DE A/C P PARAF 3,5 COM 5 FUROS - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	100,0000	373,0000	37.300,00	0,00	0,00		0,00	
001722	PLACA DE A/C P PARAF 3,5 COM 8 FUROS - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	100,0000	373,0000	37.300,00	0,00	0,00		0,00	
001725	PLACA DE A/C P PARAF 3,5 COM 10 FUROS - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	50,0000	373,0000	18.650,00	0,00	0,00		0,00	
002127	PLACA DE A/C P PARAF 3,5 COM 12 FUROS - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	20,0000	373,0000	7.460,00	0,00	0,00		0,00	
001727	PLACA 1/3 TUBO P/ PARAF 3,5 COM 4 FUROS - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	50,0000	298,0000	14.900,00	0,00	0,00		0,00	
001728	PLACA 1/3 TUBO P/ PARAF 3,5 COM 5 FUROS - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	50,0000	298,0000	14.900,00	0,00	0,00		0,00	
001729	PLACA 1/3 TUBO P/ PARAF 3,5 COM 6 FUROS - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	50,0000	298,0000	14.900,00	0,00	0,00		0,00	
001730	PLACA 1/3 TUBO P/ PARAF 3,5 COM 7 FUROS - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	50,0000	298,0000	14.900,00	0,00	0,00		0,00	
001731	PLACA 1/3 TUBO P/ PARAF 3,5 COM 8 FUROS - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	50,0000	298,0000	14.900,00	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	
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	
001735	PLACA PEQUENO FRAGMENTOS T 3+5 - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	15,0000	558,0000	8.370,00	0,00	0,00		0,00	
001736	PLACA MULTIPLOS FRAGMENTOS COM 7 FUROS - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	2,0000	558,0000	1.116,00	0,00	0,00		0,00	
001737	PLACA TREVO P/ PEQUENO FRAGMENTOS 3 FUROS - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	2,0000	568,0000	1.136,00	0,00	0,00		0,00	
001738	PLACA TREVO P/ PEQUENO FRAGMENTOS 4 FUROS - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	2,0000	568,0000	1.136,00	0,00	0,00		0,00	
001739	PLACA TREVO P/ PEQUENO FRAGMENTOS 5 FUROS - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	2,0000	568,0000	1.136,00	0,00	0,00		0,00	
001740	PLACA TREVO P/ PEQUENO FRAGMENTOS 6 FUROS - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	2,0000	568,0000	1.136,00	0,00	0,00		0,00	
001741	PLACA TREVO P/ PEQUENO FRAGMENTOS 7 FUROS - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	2,0000	568,0000	1.136,00	0,00	0,00		0,00	
001742	PLACA TREVO P/ PEQUENO FRAGMENTOS 8 FUROS - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	2,0000	568,0000	1.136,00	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	
000219	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX16MM - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00		0,00	
001743	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX18MM - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	740,0000	37,0000	8.880,00	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	
000221	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX22MM - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	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	
000223	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX26MM - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	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	
000225	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX30MM - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	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	
000227	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX34MM - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	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	
000160	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX38MM - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	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	
000229	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX42MM - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	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	
001745	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX46MM - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	60,0000	37,0000	2.220,00	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	
001747	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX50MM - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	60,0000	37,0000	2.220,00	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	
000231	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX54MM - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	60,0000	37,0000	2.220,00	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	
000233	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX60MM - ORTOSINTESE		90211020	040	5102	UND	60,0000	37,0000	2.220,00	0,00	0,00		0,00	

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica		 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									
MEDTEC COMERCIO E REPRESENTACOES LTDA. R. Ajuricaba, 1553 centro - 69301-070 BOA VISTA - RR Fone/Fax: 9532241156		0 - ENTRADA 1 - SAIDA 1 Nº. 000.000.233 Série 001 Folha 2/4											
NATUREZA DA OPERAÇÃO				PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 314120001060712 - 13/07/2012 14:24:06									
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT			CNPJ	84.036.268/0001-73								
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	C/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B. CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
830	PLACA DE RECONSTRUCAO PELVICA 6F - ORTOSIN - 3121 04	90211020	040	5102	UNI	8,0000	426,0000	3.408,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
831	PLACA DE RECONSTRUCAO PELVICA 7F - ORTOSIN - 3121 05	90211020	040	5102	UNI	8,0000	426,0000	3.408,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
938	PLACA DE RECONSTRUCAO PELVICA 15F - ORTOSIN - 3121 13	90211020	040	5102	UNI	2,0000	315,0000	630,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
940	PLACA DE RECONSTRUCAO PELVICA 17F - ORTOSIN - 3121 15	90211020	040	5102	UNI	2,0000	420,0000	840,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
941	PLACA DE RECONSTRUCAO PELVICA 18F - ORTOSIN - 3121 16	90211020	040	5102	UNI	1,0000	400,0000	400,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
998	PLACA DE RECONSTRUCAO PELVICA 19F - ORTOSIN - 3121 17	90211020	040	5102	UNI	2,0000	426,0000	852,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
847	PLACA TUBO SDQ 1356 3F - ORTOSIN - 4571 01	90211020	040	5102	UNI	60,0000	952,0000	57.120,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
848	PLACA TUBO SDQ 1356 4F - ORTOSIN - 4571 02	90211020	040	5102	UNI	18,0000	754,0000	13.572,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
675	PLACA TUBO SDQ 1356 6F - ORTOSIN - 4571 04	90211020	040	5102	UNI	19,0000	962,0000	18.278,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
676	PLACA TUBO SDQ 1356 7F - ORTOSIN - 4571 05	90211020	040	5102	UNI	15,0000	964,0000	14.460,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
677	PLACA TUBO SDQ 1356 8F - ORTOSIN - 4571 06	90211020	040	5102	UNI	23,0000	936,0000	21.988,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
679	PLACA TUBO SDQ 1356 10F - ORTOSIN - 4571 08	90211020	040	5102	UNI	7,0000	675,0000	4.725,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
684	PLACA TUBO SDQ 1356 20F - ORTOSIN - 4571 13	90211020	040	5102	UNI	14,0000	970,0000	13.580,00	0,00	0,00	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	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	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	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	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	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	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	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	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	0,00	0,00
750	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX10MM - ORTOSIN - 3314 01	90211020	040	5102	UNI	60,0000	149,9900	8.999,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
948	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX12MM - ORTOSIN - 3314 02	90211020	040	5102	UNI	30,0000	150,0000	4.500,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
751	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX14MM - ORTOSIN - 3314 03	90211020	040	5102	UNI	60,0000	148,5000	8.910,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
753	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX18MM - ORTOSIN - 3314 05	90211020	040	5102	UNI	60,0000	125,0000	8.250,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
756	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX24MM - ORTOSIN - 3314 08	90211020	040	5102	UNI	80,0000	135,0000	10.800,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
757	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX26MM - ORTOSIN - 3314 09	90211020	040	5102	UNI	80,0000	128,0000	10.240,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
758	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX28MM - ORTOSIN - 3314 10	90211020	040	5102	UNI	48,0000	128,0000	6.144,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
759	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX30MM - ORTOSIN - 3314 11	90211020	040	5102	UNI	18,0000	126,0000	2.268,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
760	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX32MM - ORTOSIN - 3314 12	90211020	040	5102	UNI	78,0000	133,0000	10.374,00	0,00	0,00	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	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	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	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	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	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	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	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	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	0,00	0,00

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

OSTEOSÍTESE FNT. TÍPIA THÓ CINTÉMOS
DE FÉMUR (D)

Data: 05/07/18 N.º DO PRONTUÁRIO: 42161

Paciente: LENNON GIMO DA SILVA Idade: 28A

Bloco: A Enfermaria: 106 Leito: 1

Caixa: SDQ + SDC N.º: 5W

Circulante: OVANDE + ANGELIS Sala: 04

Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

PLACA DHS 03 FUNDOS - 1

PANAFUSO DECLIZANTE P = 89 - 1

PANAFUSO CORTICAL N.º 40 - 7
44 - 7

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463

Médico Responsável

1º Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º Via - CME

106

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

HGR

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	LENNON CIMA DO SILVA		
DIAGNÓSTICO	Fraturam Quadril		
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA
IDADE	74	LEITO	06-1
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE	→	SN
2	SF0,9% 500ML EV DE 8/8HS	→	II
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	→	12:00:20
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H	→	16:00
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA	→	30/11/2020
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	→	21:00
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 DIARIO	→	m
14	SSVV + CCGG 6/6 H	→	pedir
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 de cc em
boa condicão

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

06/12/2018 08:30

	PA	PC	TP	
6 H	120/80	89		
12 H	104x65	74	35.5	
18 H	103/71	85	36.0	
24 H	100/60	97	36.0C durese 400mT	

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

32:00 05/10/2018 - paciente no leito. Retornou do cc as 08:40, verificado ssuu e seg
aos cuidados da Enfermagem.

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

18h - Paciente queixa-se de dores. Adm. m.c.p.m. + SVIS

Notas de Enfermagem
05/10/2018

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
		PRESCRIÇÃO MÉDICA				
GOVERNO DE RORAIMA, Hospital Geral de Roraima		DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE		<i>Joao Gmo</i>				
DIAGNÓSTICO						
ALERGIAS		HAS		NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		<i>16-1</i>	DATA	<i>06/07/18</i>
ÍTEM	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	SSVV + 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; \geq 400: 10 UI E OU GLICOSE \leq 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
Ao bloco para programação cirúrgica						
<i>086/10787 Ferido OK ALTO HOSPITALAR</i>						

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463



28 anos

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

FICHA REFERÊNCIA / CONTRA REFERÊNCIA

NOME:

DATA:

OBSERVAÇÃO:

MÉDICO

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL

Pete Vitorino de Souza
Pde Vitorino apresente infecção
do 1/2 pulmão do Fome

EXAME FÍSICO

a ortopedia

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Hugo R. TONET
MÉDICO
CRM: 359

CONDUTA

RESUMO CLÍNICO

CONTRA REFERÊNCIA

ENCAMINHAMENTO EMERGÊNCIA ()
INTERNAÇÃO ()
REDE BÁSICA ()

DATA: _____ / _____ / _____

ASSINATURA DO MÉDICO

Patient: Lennon Giro Da Silva [HGR/PSFE-GRANDE TRAUMA]
Study: 27/06/18 - 03:32 Membros Inferiores FEMUR



Printed by Lataz Sistemas e Tecnologia (1/1)
Patient: Lennon Girao Da Silva [HGR/PSFE-GRANDE TRAUMA]
Study: 27/06/18 - 03:31 Membros Inferiores FEMUR



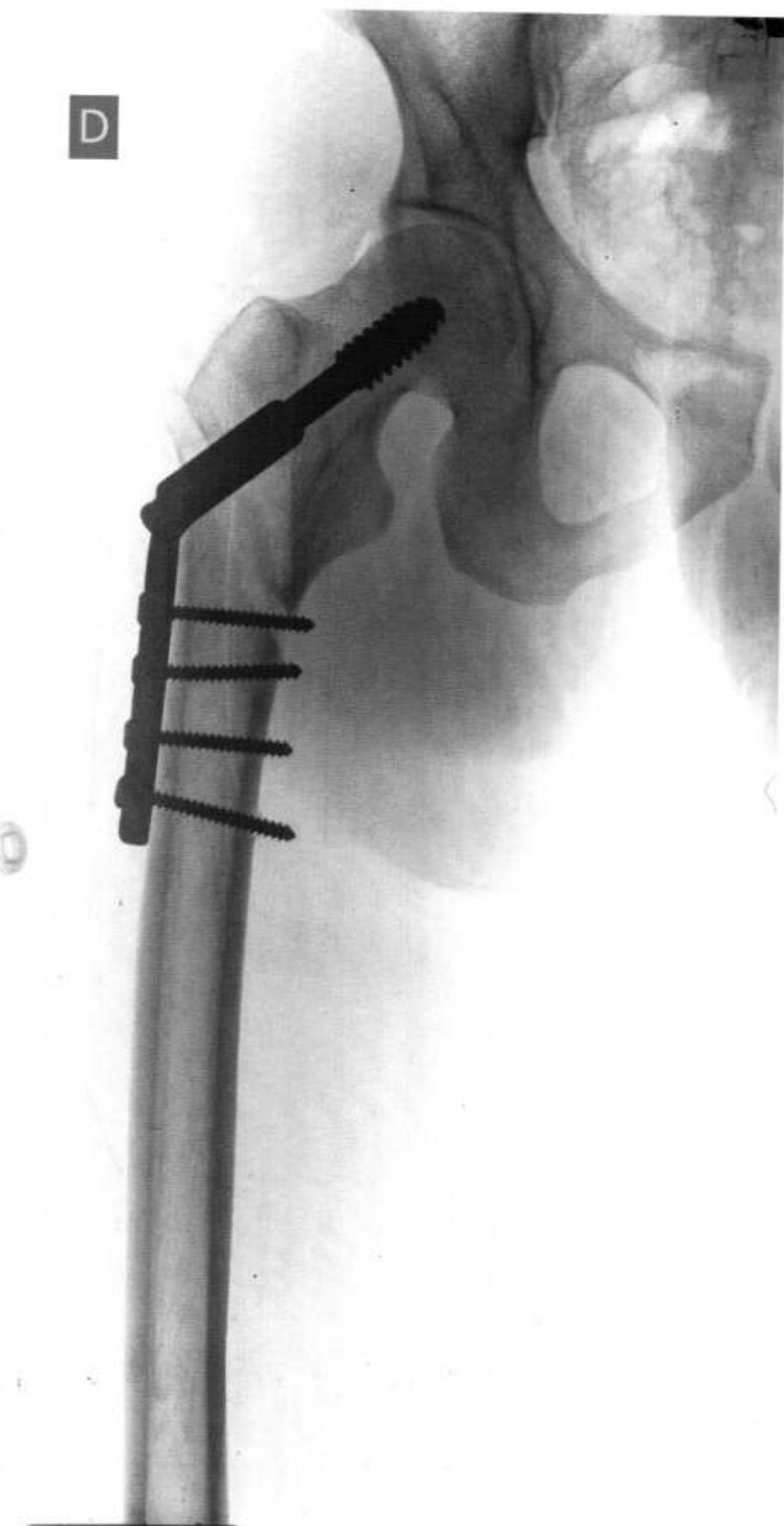
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJVXP P5F7T XD5E8 NTVZK



Printed by Zataz Sistemas e Tecnologia (1/1)
Patient: Lennon Giraoda Silva [HGR/BLCO: A 106-01]
Study: 06/07/18 - 11:21 Membros Inferiores FEMUR

Q

D



Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia (1/1)
Patient: Lenon Giraõ Da Silva [ZAFAZ-3388706847]
Study: 17/08/18 - 08:17 Bacia BACIA AP

D



Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia (1/1)

Patient: Lennon Giraõ Da Silva [RX: COXO-FEMORAL ESQ.]

Study: 12/10/19 - 22:50 Membros Inferiores FEMUR

D



Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia (1/1)

Patient: Lennon Girao Da Silva [RX: COXO-FEMORAL ESQ.]

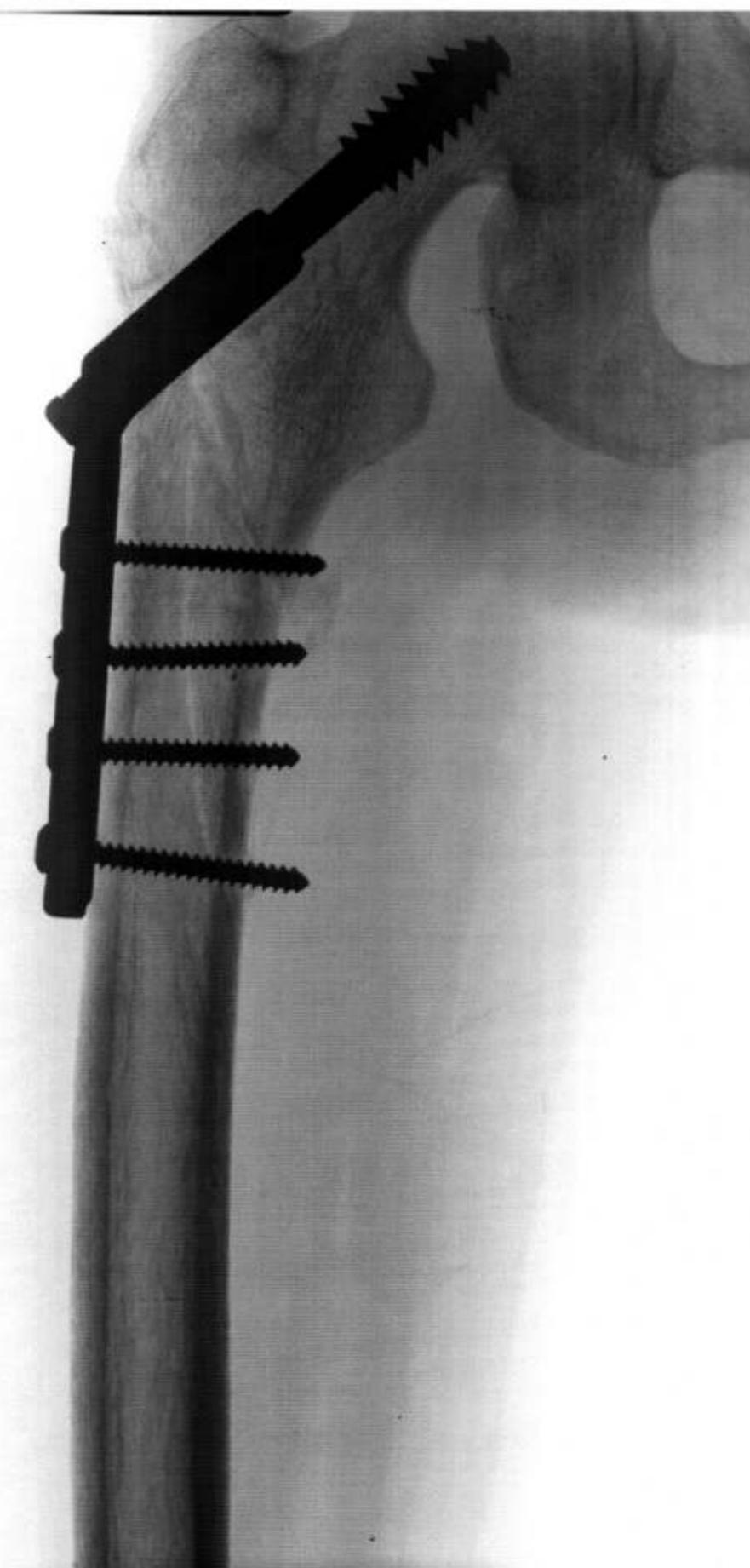
Study: 12/10/19 - 22:49 Membros Inferiores FEMUR



Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia (1/1)
Patient: Lenon Girao Da Silva [ZAFAZ-3388706847]
Study: 17/08/18 - 08:18 Bacia BACIA AP

D

X



Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia (1/1)
Patient: Lenon Girao Da Silva [ZAFAZ-3388706847]
Study: 17/08/18 - 08:19 Bacia BACIA AP



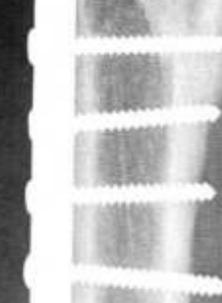
06/12/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: DOCS

by 2012 Sistemas e Tecnologia (1/1)

Patient: Lennon Giro Da Silva [RX: COXO-FEMORAL ESQ.]

Study: 12/10/19 - 22:49 Membros Inferiores FEMUR

D



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: PJVXP P5F7T XD5E8 NTVZK



Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia (1/1)

Patient: Lennon Giraõ Da Silva [HGR/PSFE-GRANDE TRAUMA]

Study: 27/06/18 - 03:33 Membros Inferiores FEMUR

A

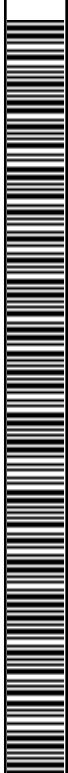
D



Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia (1/1)
Patient: Lennon Giro Da Silva [HGR/PSFE-GRANDE TRAUMA]
Study: 27/06/18 - 03:32 Membros Inferiores FEMUR



Printed by Zetaz Sistemas e Tecnologia (1/1)
Patient: Lennon Girao Da Silva [HGR/PSFE-GRANDE TRAUMA]
Study: 27/06/18 - 03:31 Membros Inferiores FEMUR



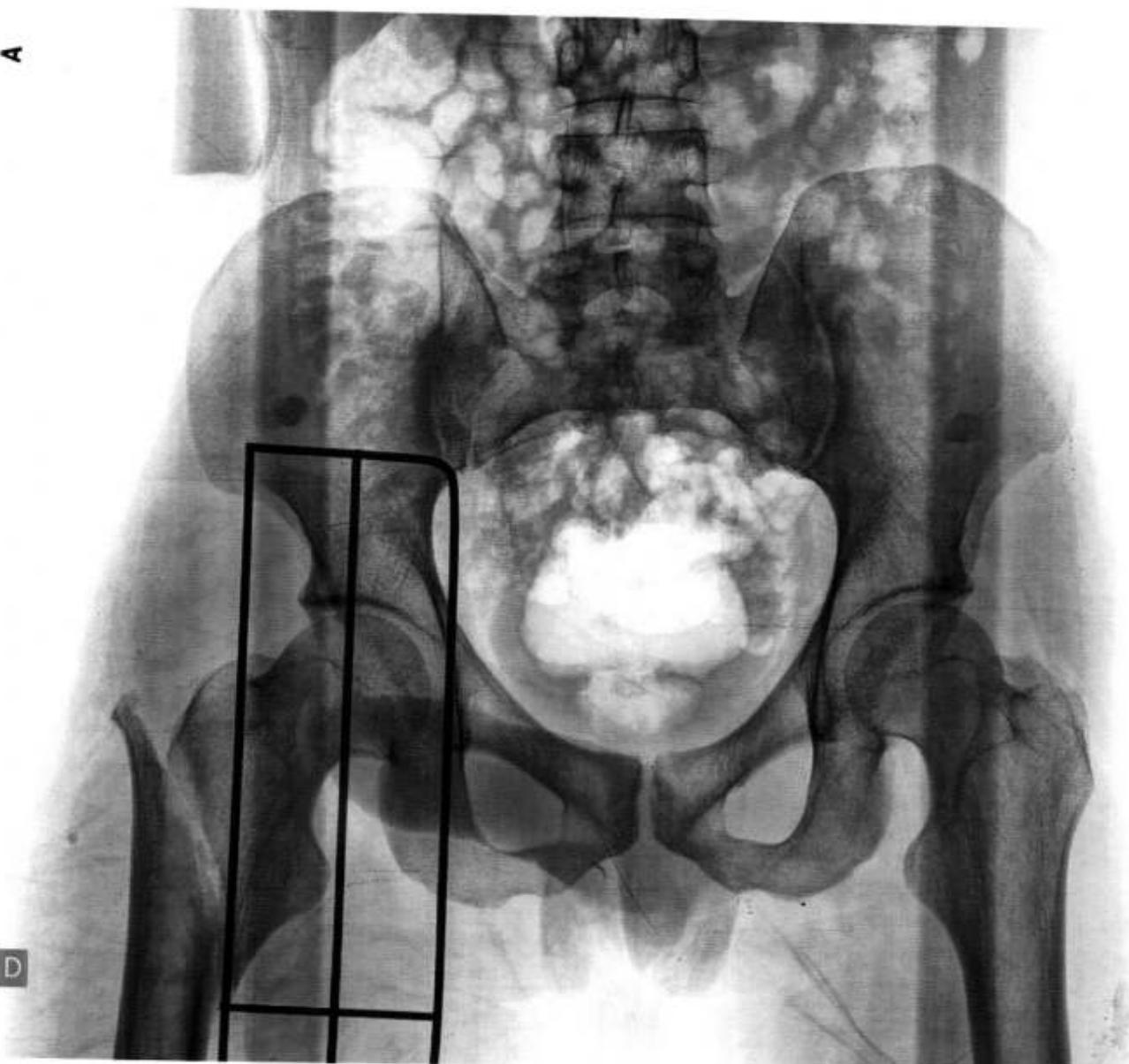
06/12/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: DOCS

Printed by ZYK Sistemas e tecnologia (1/1)

Patient: Lennon Giro Da Silva [HGR/PSFE/ORTOPEDIA]

Study: 27/06/18 - 04:05 Bacia BACIA AP

A



Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia (1/1)

Patient: Lennon Girao Da Silva [HGR/PSFE-GRANDE TRAUMA]

Study: 27/06/18 - 03:33 Membros Inferiores FEMUR





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 FÉMUR 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 Veículos 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: 9698,00
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

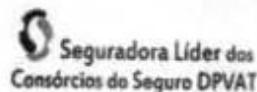
Data CRV: 28/02/2018 N° CRV: ***** Data CRLV: 20/05/2019 N° CRLV: 013042091740

RESTRIÇÕES

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



RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



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: Leonon Girão da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: mototaxista RG: 194638 SSP/RR
CPF: 511.989.322-87 ENDEREÇO: R. Madre Redemptor, 316
BAIRRO: Aparecida CIDADE: Boa Vista
CEP 69.366-230

VÍTIMA: Leonon Girão da Silva
CPF: 511.989.322-87 DATA DO SINISTRO:
NATUREZA: Imobilidade

OUTORGADA :

NOME: Yara Diva Guimaraes Loste
NACIONALIDADE: Brasileiro
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.



Boa Vista, 28 de fevereiro de 2020

Leonon Girão da Silva
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.



*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

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