

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200312153

Vítima: WLADIMIR COSTA MACENA

Data do Acidente: 16/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WLADIMIR COSTA MACENA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200312153

Vítima: WLADIMIR COSTA MACENA

Data do Acidente: 16/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WLADIMIR COSTA MACENA

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: **WLADIMIR COSTA MACENA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **341**

Agência: **000007834**

Conta: **0000020669-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 061.970.232-09 4 - Nome completo da vítima: Wladimir Costa Macena

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

5 - Nome completo: Wladimir Costa Macena 6 - CPF: 061.970.232-09
 7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: 57 Vasco da Gama 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: _____ 12 - Cidade: Bela Vista 13 - Estado: RP 14 - CEP: 69.348-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 79113-3855

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____
 30 - Vítima deixou nascituro (ou 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.

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

34 - Impressão digital da vítima/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: Bela Vista RP

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): x Wladimir Costa Macena

43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves

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: 661.970.232-09 4 - Nome completo da vítima: Wladimir Costa Macena

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

5 - Nome completo: Wladimir Costa Macena 6 - CPF: 661.970.232-09
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: 57 Vasco de Gama 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: _____ 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RP 14 - CEP: 69.348-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 7913-3855

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 7834 CONTA: 20669
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou resíduo (ou herança)? 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.

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima/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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Boa Vista RP 10 de Setembro 2020

x Wladimir Costa Macena

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

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

Ocorrência Nº: 8754/2020 - Registrado em: 12/08/2020 às 22h 35min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 16/05/2020 às 18h 00min

LOCAL DO FATO

Município: IRACEMA

Logradouro: RUA

Bairro: CENTRO

Referência: ESTRADA

Complemento: CAMPOS NOVOS

UF: RR

Nº: S/N

CEP:

Tipo de local: ASSENTAMENTO RURAL

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

WLADIMIR COSTA MACENA (19), nascido(a) em 16/11/2000, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de NÃO INFORMADO, CPF Nº 061.970.232-02, País: BRASIL, natural de SAO DOMINGOS DO ARAGUAIA-PA, filho(a) de VANDA RODRIGUES COSTA e , endereço: CASA, Nº: 686, bairro: TANCREDO NEVES, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99124-6348.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTOCICLETA	MARCA HONDA, CG 150 TITAN ES DE PLACA NAT-2891

RELATO DA OCORRÊNCIA

AO COMPARECER À DELEGACIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA EM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, DE CODINOME DAT, A MESMA INFORMOU QUE NÃO ESTAVA EFETUADO REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL PRESENCIALMENTE, DEVIDO A PANDEMIA DO NOVO CORONA-VÍRUS. DEVIDO A ESSE FATO FAÇO-ME PRESENTE PARA RELATAR QUE:

NO DIA E HORÁRIO ACIMA CITADO EU WLADIMIR COSTA MACENA ESTAVA CONDUZINDO MINHA MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, CG 150 TITAN ES DE PLACA NAT-2891, PELA ESTRADA QUE INTERLIGA BOA VISTA/RR AO INTERIOR DE CAMPOS NOVOS, QUE AO REALIZAR À ULTRAPASSAGEM DE UM VEÍCULO NESTA ESTRADA, ATINGIR BRUSCAMENTE UM BURACO NA PISTA, QUE EM SUBSEQUÊNCIA PERDI O CONTROLE DA MOTOCICLETA, CAPOTANDO, QUE O APOIO PEGOU NA MINHA PERNA, SOFRENDO UMA FRATURA EXPOSTA E RALANDO MUITO MINHAS COSTAS. QUE FUI SOCORRIDO PELA MINHA TIA NO CARRO DELA. ELA LEVOU-ME AO HOSPITAL DE CAMPOS NOVOS, NESSE ATO FUI TRANSFERIDO PRO HOSPITAL DE MUCAJÁ POIS NÃO TINHA MEDICAMENTOS NO HOSPITAL DE CAMPOS NOVOS. NO HOSPITAL DE MUCAJÁ FUI ATENDIDO PELO MÉDICO, RECEBENDO OS MEDICAMENTOS NECESSÁRIOS, FUI LEVADO PRA SALA DE RAI-O-X AONDE BATI O RAI-O-X E FIQUEI À ESPERA DO SAMU PRA SER TRANSFERIDO PRA O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA – HGR, ONDE REALIZARAM MINHA CIRURGIA POSTERIORMENTE.

AFIRMO QUE A PRESENTE DECLARAÇÃO QUE DEI ORIGEM TRATA-SE DE INTEIRA VERACIDADE PODENDO RESPONDER CIVIL E CRIMINALMENTE PELO PRESENTE RELATO, SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO (ART. 339 E 340 DO CPB)

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

RONALDO LUIZ DE SOUZA
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: SIAFI 710354
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

WLADIMIR COSTA MACENA
COMUNICANTE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE IRACEMA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00023422/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/08/2020 01:44:55 Data/Hora Fim: 13/08/2020 01:44:55
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 8754/2020 Data: 12/08/2020
Delegado de Polícia: Adriano Silva Severino Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Polícia de Iracema

Data/Hora do Fato: 16/05/2020 18:00

Local do Fato

Município: Iracema (RR)

Bairro: Centro

Logradouro: VIA RURAL

Tipo do Local: Via Pública

Nº: S/N

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: WLADIMIR COSTA MACENA (CONDUTOR , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 16/11/2000

Idade 19

Profissão: Não Informado

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: São Domingos do Araguaia - PA

Nome da Mãe: Vanda Rodrigues Costa

Documento(s)

CPF: 061.970.232-02

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: casa

Bairro: Tancredo Neves

Nº: 686

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

AO COMPARECER À DELEGACIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA EM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, DE CODINOME DAT, A MESMA INFORMOU QUE NÃO ESTAVA EFETUADO REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL PRESENCIALMENTE, DEVIDO A PANDEMIA DO NOVO CORONA-VÍRUS. DEVIDO A ESSE FATO FAÇO-ME PRESENTE PARA RELATAR QUE: NO DIA E HORÁRIO ACIMA CITADO EU WLADIMIR COSTA MACENA ESTAVA CONDUZINDO MINHA MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, CG 150 TITAN ES DE PLACA NAT-2891, PELA ESTRADA QUE INTERLIGA BOA VISTA/RR AO INTERIOR DE CAMPOS NOVOS, QUE AO REALIZAR A ULTRAPASSAGEM DE UM VEÍCULO NESSA ESTRADA, ATINGIR BRUSCAMENTE UM BURACO NA PISTA, QUE EM SUBSEQUÊNCIA PERDI O CONTROLE DA MOTOCICLETA, CAPOTANDO, QUE O APOIO PEGOU NA MINHA PERNA, SOFRENDO UMA FRATURA EXPOSTA E RALANDO MUITO MINHAS COSTAS, QUE FUI SOCORRIDO PELA MINHA TIA NO CARRO DELA, ELA LEVOU-ME AO HOSPITAL DE CAMPOS NOVOS, NESSE ATO FUI TRANSFERIDO PRO HOSPITAL DE MUCAJÁ POIS NÃO TINHA MEDICAMENTOS NO HOSPITAL DE CAMPOS NOVOS. NO HOSPITAL DE MUCAJÁ FUI ATENDIDO PELO MÉDICO, RECEBENDO OS MEDICAMENTOS NECESSÁRIOS, FUI LEVADO PRA SALA DE RAIO-X AONDE BATI O RAIO-X E FIQUEI À ESPERA DO SAMU PRA SER TRANSFERIDO PRA O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR, ONDE REALIZARAM MINHA CIRURGIA POSTERIORMENTE. AFIRMO QUE A PRESENTE DECLARAÇÃO QUE DEI ORIGEM TRATA-SE DE INTEIRA VERACIDADE PODENDO RESPONDER CIVIL E CRIMINALMENTE PELO PRESENTE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE IRACEMA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00023422/2020

RELATO, SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO (ART. 339 E 340 DO CPB)

ASSINATURAS

Ronaldo Luiz de Souza
Agente de Polícia Civil Especial
Matrícula 0710354
Responsável pelo Atendimento

Wladimir Costa Macena
Condutor, Comunicante

"Declaro aqui os devidos fins de direito que sou (e) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que do origin, conforme previsto nos Artigos 335-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fe, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.

Das Vistas, 09 de Setembro de 2020

Ronaldo Luiz de Souza
Assinatura

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: 061.970.232-09 4 - Nome completo da vítima: Wladimir Costa Macena

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

5 - Nome completo: Wladimir Costa Macena 6 - CPF: 061.970.232-09
 7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: 57 Vasco da Gama 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: _____ 12 - Cidade: Bela Vista 13 - Estado: RP 14 - CEP: 69.348-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 79113-3855

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

34 - Impressão digital da vítima/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: Bela Vista RP
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): x Wladimir Costa Macena
 43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Dantas, 691 - 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 368/13

Nº de Nota Fiscal 5742344

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE fixada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002. FICAM*

CORTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2020	28/08/2020	205	199,66

NILTON CESAR DA SILVA VASCO
ST VASCO DA GAMA VIC 02 KM 12 - RURAL
CPF: 00064827089272
CEP: 69.348-000 - CAMPOS NOVOS

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	95	Atual:	06/08/2020	Grupo/Subgrupo:	4.2.2.1
Anterior:	75	Anterior:	08/07/2020	Classe/Subclasse:	RURAL
Dias de consumo:	29	Próxima leitura:	08/09/2020	Ligação:	MONOF
Constante de Multiplicação:	1,000	Emissão:	05/08/2020	Número Medidor:	TI11901101
Consumo medido:	205	Apresentação:	06/08/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	205			Modalidade:	CONVENC

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	205 A R\$ 0,597365 =	122,45
CORR MONETARIA TCD (IG 7/15)		2,28
CORRECAO MONETARIA IGPM (4X)		5,01
MULTA POR ATRASO (4X)		8,96
PARCELAMENTO DE DÉBITO 7/15		52,13
JUROS DE MORA DE IMPORTE (4X)		8,83



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA O(PA) VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 05/08/2020, não constamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 74FA.7500.B299.EDEF.A191.5F02.1C62.3820

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Energia:	64,40	Encargos:	3,64	Base de Cálculo:	122,45	
Distribuição:	20,21	Tributos:	26,20	ICMS:	17,00%	20,81
Transmissão:	0,00			PIS:	0,65%	0,80
				COFINS:	3,75%	4,59

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DLC			LIC			DMC		DURA	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal		
Limite	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
Reservado	0,00			0,00			0,00			

Período de apuração: 08/2020

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

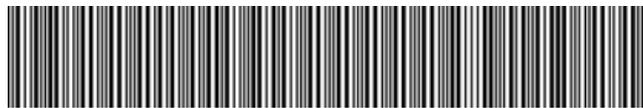
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

83640000052.522500750008.000000000703.349403200059



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco
inscrito (a) no CPF/CNPJ 525.396.343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Wladimir Costa Macena inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.970.232 / 02
do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vitima Wladimir Costa Macena

inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.970.232 / 02, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Cel</u>		Número: <u>294</u>	Complemento: <u>lago</u>
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.318-050</u>
E-mail: <u>W.Franco992@gmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 14 de agosto de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante



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

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

2001242644 16/05/2020 18:20:35 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 21

Paciente: WLADIMIR COSTA MACENA
Data Nascimento: 12/11/2000 **Idade:** 19 A 6 M 4 D **CNS:** _____
CPF: 06197023202 **Prontuário:** _____
Sexo: M **Estado Civil:** SOLTEIRO(APARDA) **Raça/Cor:** _____
Naturalidade: _____
Mãe: VANDA RODRIGUES COSTA
Endereço: RUA - JOAO EVANGELISTA PEREIRA DE MELLO - 686 - TANCREDO NEVES - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: _____ **Plano Convênio:** SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE **Nº 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 REGIONAL **Procedimento Sol.:** _____ **Registrado por:** ADAO

Queixa Principal: _____
 Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: _____

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h):
 TRAUMA CONTUSO BM MID
GSC: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 **TOTAL:** _____

Exame Físico: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

SADT - Exames Complementares:
 RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS: _____
PRESCRIÇÃO: _____

	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO

Conduta:
 Alta por Decisão Médica Ambulatório
 Alta a Pedido Observação (Até 24h)
 Alta a Revelia Internação
 Transferência para: OUTROS

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: _____
Carimbo e Assinatura de Médico:
 DR. FERDINANDO ANTONIO MARTINS PEREIRA
 Cirurgião Oncológico de Cabeça e Pescoço
 CRM-RR 1843 / RQE: 820
 Data e Hora da Saída/Alta: _____

Impresso por: adao
 Data Hora: 16/05/2020 18:34:28





Prontuário 00179976	Data Internação 16.05.2020	Data da Saída 22.05.2020
Número da AIH: 14201003990-8		
Enfermaria GT	Leito 08	

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

Dados do Paciente

Estabelecimento Executante: **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR** CNES: **2319659**

Nome do Paciente: **WLADIMIR COSTA MACENA**

Cartão do SUS: **898005173706106** Data de Nascimento: **12/11/2000** SEXO: **1 - Masculino** Raça/Cor: **PARDA**

Nº RG, CPF ou Registro de nascimento: _____ Nacionalidade: **BRASILEIRA**

Nome da Mãe: **VANDA RODRIGUES COSTA**

Nome do Responsável: **WLADIMIR COSTA MACENA** Fone p/ Contato: _____

Endereço: **RUA - JOAO EVANGELISTA PEREIRA DE MELLO** Número: **686** Bairro: **TANCREDO NEVES**

Município: **BOA VISTA** Código do IBGE: **140010** UF: _____ RR: _____ CEP: _____

Dados da Internação

CPF Médico Sol - CRM: **1917** Médico Solicitante: **MARCUS BRUNNER** Cartão SUS: _____

Procedimento Solicitado: **04.08.05 - 050-0** Procedimento Principal: _____ Esp: _____ C. Int: **02** CID P: **S022** CID S: **W499** CID CA: _____ M. Sa: **12**

Em caso de Parto: Nasc Vivo Nasc Morto Alta Trans Óbito

Procedimentos Realizados

Linha	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Ope	CPF/CNPJ	CRM	CBO	QNT	C UTI
01	01		20	01	202-01	1917		
02	02		16	01	44-01	2015	01	
03	06		109	01	213-01	1025	01	
04	07		953	01	36-01	1217	01	
05	07		27	01	1272-01	1231	02	
06	07		36	01	1277-01	2124	01	
07	01	04.01.01.001-5	42	01	26-01	46857	01	
08	07	2020.05	34	01	1806-01	12	05	
09			1239	01	28-01			
10			37	01	29-01			
11	08		39	01	37-01			
12			31	01	41-01			
13			33	01				
14								
15		07.02.030/06	202702	16105120	99	129	01	

Autorização

Nome Médico Autorizador: **Ronam Pacheco de Carvalho** Data Autorização: **16/05/2020** CPF Autorizador: **768.264.736-15** CNS Autorizador: **898 0007 5018 1917**

Nome do Médico Auditor: _____ Data Auditora: _____ CPF Auditor: _____ CNS Auditor: _____

FATURISTA
Rhauilla
 CONTADOR E COORDENADOR HOSPITALAR
 03.06.2020

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
2 - CNES
4 - CNES

Identificação do Paciente
5 - NOME DO PACIENTE: Wladimir Costa Macena
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 84180105173706106
8 - DATA DE NASCIMENTO: 18/11/2000
9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Maria Beatriz Costa
11 - TELEFONE DE CONTATO: 4599120600
12 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO): Rua Sac Evangelista Pereira de Mello 686 Grammaças Neves
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: BV
14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO: 14000
15 - UF: RR
16 - CEP:

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
Paciente com fratura exposta de osso da perna direita. Realizada fixação externa. Interno paciente p/ tratamento clínico mais programação cirúrgica de finalidade

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
As acima

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Exame físico + RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura de perna direita
21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Internação
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO () CNS () CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: DR. Marcus Brunner
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 16/05/2020
32 - ASSINATURA: [Assinatura]
33 - CARGO: Médico Registrado Conselho Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 2124

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - Nº DO BILHETE
38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA
40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
48 - ASSINATURA E CARIMBO (VÍNCULO DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0408050500 5822
Dr. Marcus Brunner Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1917 RQE 023

0495



BOLETIM OPERÁRIO

WLADIMIR COSTA MACENA

Data: 16/05/2020 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FX EXPOSTA AO OSO DA PENNA (D)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: DR. MARCUS BRUNNER

1º AUXILIAR: LAEL SILVA (RM)

2º AUXILIAR: LOAMIR BRUNNER

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: DR. MARCUS BRUNNER

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: DR. MARCUS BRUNNER

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

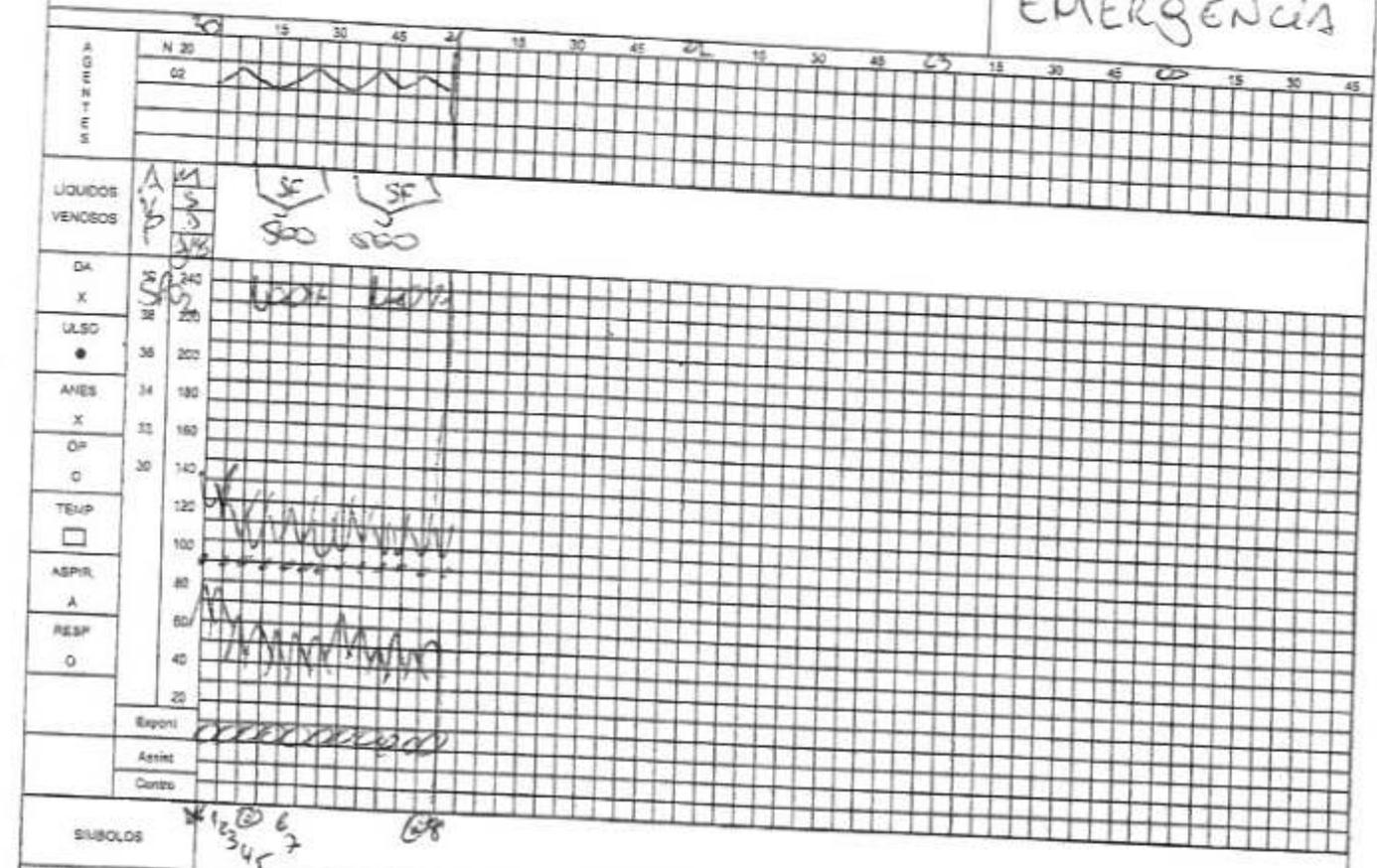
- ① Pcte em DDH + ANESTESIA;
- ② AA + CCE;
- ③ LAVAGEM EXAUSTIVA C/ SORO FISIOLÓGICO 0,9% IOLITANS;
- ④ EXPLORAÇÃO E REDUÇÃO CURVETA NO FOCO FRATURÁRIO;
- ⑤ COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO;
- ⑥ LMC + SUTURA + CURATIVO;
- ⑦ RPA.



Wladimir Costa Martins, 19a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº EMERGÊNCIA



ADJETOS	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Propofol	0,5% 2mg	Intubação com tubo	1. Manutenção + Check list 2. Onda de A em CA 3. Fentila 3mg + Midazolam 1mg 4. Propofol 20mg 5. Ondansetron 4mg 6. Ceftriaxona 1g
B. Fentanil		Canal L3-L4 com Agulha	
C. Lidocaina		de 20ml no 20g	
D.		Ureteral, Simples, 50g	
E.		Ventilador Espontâneo	
F.		sem tubo	
GLICOSE	LÍQUIDOS	Circuito - Nasal / Oro Faríngea	7. De A ultrassom 8. SINA
NOOD		Naso / Orotraqueal - Cava	
SANGUE		Suf - Tempo - Calibre do Tubo	
		Sob Máscara	
		Difícil Técnica	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	Fx Exata de tibia direita		Letargo - Espasmo - Excesso Seco Depressão Respiratória - Hipoxia "Bubing" - Vômito
ANESTESIA	COÓRDO	QUIRÚRGICO	Hemorragia - Arritmia Braditardia - Choque
		Dr. Marcos Brunner	PERDA SANGÜÍNEA

Bruno Thiago D. C. Pinho
MÉDICO
CRM-RR 1026



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: Wladimir Costa Marim APT OU LEITO: _____ Nº DO PRONTUÁRIO: _____ DATA: 10/05/2008

TIPO DE CIRURGIA: Fratura Exposta Tibial D TEMPO DE DURAÇÃO: INICIO: 20:30 FIM: 21:00 TEMPO TOTAL: _____

CIRURGIÃO: Dr. Marcos EQUIPE MÉDICA: ANESTESISTA: Dr. Ailton
1ª AUXILIAR: Dr. Lael R. RES. ANESTESIA: Dr. Carlos
2ª AUXILIAR: Dr. Leania INSTRUMENTADOR: _____

TIPO DE ANESTESIA: Regui CIRCULANTE: Wladimir + Valeria
TEMPO DE DURAÇÃO: _____

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PLAS COMPRESSAS C-03 UNID		300	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO Sognd	
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON N° 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
1	LUVA P PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
	LAMINA BISTURI N° 15			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SUTURA	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL <u>COATUM 02</u>	
	SERINGA 03ML			CERA P. OSSO	
1	SERINGA 05 ML		1	RECATARATA <u>ATODIA 70cm</u>	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
			100ml	OUTROS: <u>Clonidina</u>	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE LOR

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Tel.: 55(11)39494000
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300
Ref. 4747/02 Lote 19600740
Registra ANVISA: 10223710005

INSTRUMENTADOR(A): _____ ENFERMEIRA CHEFE: Adriana Azevedo
FUNCIONARIO CALCULOS: _____ CIRCULANTE DE SALA: _____

MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB-TOTAL
TAXA DE SALA	
TAXA DE ANESTESIA	
	SOMA
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

IDENTIFICAÇÃO DO REMETENTE
QUANTUM EMPREENDIMENTOS EM SAÚDE LTDA-EPP
 AV. MARIO HOMEM DE MELO, 191-A
 CENTRO - 69301-200
 Boa Vista - RR. Fone/Fax: 9532244571

DANFE
 Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
 0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA
Nº. 000.000.129
Série 001
 Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO
1419 1210 6318 9700 0105 5500 1000 0001 2911 0027 0712
 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
314190003407858 - 30/12/2019 10:48:31
 CNPJ: **10.631.897/0001-05**

TURMA DA OPERAÇÃO
VENDA
 INSCRIÇÃO ESTADUAL
240161736

DESTINATÁRIO / REMETENTE
 ME / RAZÃO SOCIAL
FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DE RORAIMA - FUNDES
 CNPJ / CPF: **05.370.016/0001-00** DATA DA EMISSÃO: **30/12/2019**

V. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, S/N
 (NÚMERO)
NOVO PLANALTO UF: **RR** INSCRIÇÃO ESTADUAL: **9521210521**
 CEP: **69312-470** DATA DA SAÍDA/ENTRADA:
 UF: **RR** INSCRIÇÃO ESTADUAL: **9521210521** HORA DA SAÍDA/ENTRADA:

VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR DO IPI SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS IPI REMET.	VALOR DO IPI	VALOR DO IPIA	V. TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	91.600,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	91.600,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS
 ME / RAZÃO SOCIAL: **(9) Sem Frete**
 FRETE POR CONTA: **(9) Sem Frete**
 CÓDIGO ANTT: PLACA DO VEÍCULO: UF: CNPJ / CPF:
 DÉRICO: MUNICÍPIO: UF: INSCRIÇÃO ESTADUAL:

QUANTIDADE: ESPECIE: MARCA: NUMERAÇÃO: PESO BRUTO: PESO LÍQUIDO:

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	QEST	CHOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
17.02.03.04-6	FIXADOR EXTERNO LINEAR 250; MARCA ORTOSINTESE. LOTE: 19K001220(10UN.) 19K003177(9UN.) 19K003178(4UN.)	90211020	0400	5103	UNID	25,0000	600,0000	15.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
17.02.03.04-6	FIXADOR EXTERNO LINEAR 300 MARCA ORTOSINTESE. LOTE: 19K003738(8UN.) 19E003740(7UN.) 19E003741(5UN.)	90211020	0400	5103	UNID	30,0000	600,0000	18.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
17.02.03.04-6	FIXADOR EXTERNO LINEAR 350; MARCA ORTOSINTESE. LOTE: 19K002627(13UN.) 19K003124(15UN.) 19K003125(15UN.)	90211020	0400	5103	UNID	43,0000	600,0000	25.800,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
17.02.03.04-6	FIXADOR EXTERNO LINEAR 350 MARCA ORTOSINTESE. LOTE: 19K003126(15UN.) 19K003127(10UN.)	90211020	0400	5103	UNID	25,0000	600,0000	15.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
17.02.03.04-6	FIXADOR EXTERNO LINEAR 400 MARCA ORTOSINTESE. LOTE: 19K002470(12UN.)	90211020	0400	5103	UNID	12,0000	600,0000	7.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
17.02.03.04-4	FIXADOR EXTERNO PARA PUNHO; MARCA ORTOSINTESE. LOTE: 19E001139(5UN.) 19E00114(15UN.)	90211020	0400	5103	UNID	20,0000	530,0000	10.600,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

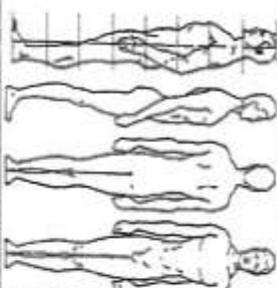
DADOS ADICIONAIS
 FORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 Fisco: PROCESSO Nº 007273/19-33
 DATA DE EMPENHO: 20601.0001.19.02104-3 DADOS BANCARIOS: BANCO DO BRASIL
 AGÊNCIA: 2617-4 CONTA CORRENTE: 55164-9
 EMPRESA OPTANTES PELA SIMPLES NACIONAL
 RESERVADO AO FISCO

Nome: Wladimir Costa Moreira

Data de Nasc: 12 / 11 / 1990 Idade: 49 anos Setor/leito: _____

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

Data: 16 / 05 / 2020

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA							
Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRF-TE	DOR		
20:00	20:10	20:20	21:00				0'		100	135x62			0		
Cirurgia Realizada: <u>Ressecção de tumor abdominal + linpa</u> Anestesia: <u>Propofol + linpa</u> Posicionamento: <u>D. Dorsal</u>				Localização: 				Sinais Vitais							
Hidratação Infundida: _____ SF 0,9%: _____ SG 5%: _____ Outros: _____				Antibiótico: <u>Clindamicina</u> Dose: <u>300 mg</u> hora: <u>20:15</u>				CH: _____ Plasma: _____ Plaquetas: _____				Observações: _____ 2 h			
2. Chegou ao Centro Cirúrgico: <input type="checkbox"/> Desorientado <input checked="" type="checkbox"/> Consciente / <u>Pronto</u> <input type="checkbox"/> Com Suporte de O2 <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Agitado 3. Sinais Vitais: T: _____ °C R: <u>14</u> rpm FC: <u>111</u> bpm PA: <u>139</u> / <u>77</u> mmHg SAT: <u>100</u> % <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular				Exames na SO: <input type="checkbox"/> Ht <input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> Hemograma <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Gasometria <input type="checkbox"/> Outros: _____				Legenda: 1. Eletrodos <input checked="" type="checkbox"/> 2. Oxímetro <input checked="" type="checkbox"/> 3. Manguito PA <input checked="" type="checkbox"/> 4. Placa de Bisturi <input checked="" type="checkbox"/> 5. Inchaço <input checked="" type="checkbox"/> 6. Cateter O2 <input checked="" type="checkbox"/> 7. Vendelise <input checked="" type="checkbox"/> 8. Dreno _____ 9. SNG/SNE _____ 10. Garrote _____ 11. TOT () Não () Sim N° _____ 12. SVD () Não () Sim N° _____ 13. Outros: _____				ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM [Evolução/Alta do Paciente] <u>Pronto aqui em sua chegada</u> <u>Transt p/ HC.</u> <u>A. Mendes</u> <u>cod. 101</u>			



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

Nome Wladimir Costa Medeiros
Responsável Cirurgião Dr. Marco Aurélio

Anestesia Dr. Wilson
Dr. Carlos

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- Identidade
- Sítio Cirúrgico
- Procedimento
- Consentimento Sim Não

RISCO CIRÚRGICO

- Aplica Não se Aplica
- SÍTIO DEMARCADO**
- Sim Não Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

- ALERGIA CONHECIDA Não Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO Não Sim, e equipamento/assistência disponíveis

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

Data 16/05/2013 Assinatura [Assinatura] Hora: _____
Assinatura [Assinatura]

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
- Sítio cirúrgico
- Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

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

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS. Não se aplica Sim, Qual: Clindamicina 300mg Hora: 20:05

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS. Sim Não se aplica

SALIDA (Sala Pós Operatória)

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

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO Sim Não

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

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO Sim Não

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE Sim Não Não se Aplica
Almeida J. S. Oliveira
Enfermeira
CONTRIB. 576.537 ENH

Assinatura e Carimbo

blo. E - loto 63

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

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____

PACIENTE Wladimir Costa Macena

AGNÓSTICO Fr. exposta de osso do punho D + 4- valang p. D

ALERGIAS _____ HAS _____ NEGA _____ DM2 _____

IDADE _____ LEITO _____ DATA _____ NEGA

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL <u>LIBRE</u> (Zuro, 2:30h após 6h)	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manh.
3	SF 0,9% 500ML EV <u>S/N</u> de 12h 12h	22:10
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	24:20/20:18
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	20
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	S/N
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	S/N
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	22:06/11
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/N
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	S/N
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	24:20
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S/N
13	SSVV + CCGG 6/6 H	
14	CURATIVO DIÁRIO	
15	<u>Clonazepam 1g EV de 6/6h (suspensa)</u>	
16	<u>gentamicina 240mg EV 1xdia</u>	24
17	<u>cefotaxima 1g (EV) 12/12h</u>	20:18
18		
19		
20		
21		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO: RX: # CONDUITA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
	PA	FC	FR
6 H			
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. Lael dos Santos da Silva
 Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 2015

Patrícia Cabral
 Tec. Enfermagem
 COREN-RR 537 176

Luiz Viana
 Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 124

As 06:00 h
 PA = 130 x 80
 FC = 98
 T = 36°C

22.00 Paciente acordado, presente do Cefaleia
 Curioso, em acompanhamento.

Kátia Mafra S. de Castro
 Enfermeira
 RN-RR 121.150-ENF

Tec. Luana.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA

Eu Wladimir Costa Macedo CPF nº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 16 de maio de 20 20.

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s) / procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, 16 de maio de 20 20. Hora: _____

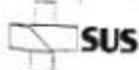
Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Loanir Viana
 Médico Residente de
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-P.R. 2124

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
WLADIMIR COSTA MACENA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO
12/11/2000

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

000

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

000

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com historia de acidente DE MOTO, deu entrada no HGR trazido pelo SAMU, com FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA. REALIZADO FIXAÇÃO EXTERNA. Hoje transferido para este nosocômio para seguimento de programação cirúrgica.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima

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

EX CLINICO + COMPLEMENTARES

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

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

4 4 6 2 9 4 4 3 2 - 1 5

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ITAMAR DE BRITO TRAJANO FILHO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

18 / 05 / 2020

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

Itamar de Brito Trajano Filho
Clínica Médica - RQE 539
Estrada RR 1227

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

segunda-feira, 18 de maio de 2020

ADMISSÃO - CLÍNICA MÉDICA

Paciente: WLADIMIR COSTA MACCENA
Data de Nascimento: 12/11/2000
CNS:

Data da Internação Hospitalar: 16/05/2020
Data da Internação no Canarinho: 18/05/2020

Hipótese Diagnóstica: FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA D

História da Doença Atual:

PACIENTE 19 ANOS COM FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA. REALIZADO FIXAÇÃO EXTERNA. PACIENTE ADMITIDO PARA TRATAMENTO CLÍNICO MAIS PROGRAMAÇÃO CIRURGICA DEFINIDORA. NO MOMENTO APRESENTANDO DOR LOCAL, SEM OUTRAS QUEIXAS. NEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS.

Ao exame: BEG, vígil, eupneico em ar ambiente, hidratado, normocorado, afebril ao toque.

ACV: RCR, 2T, BNF sem sopros.

AR: MV+ s/ RA.

ABD: Plano, RHA+, normotimpânico, indolor à palpação.

EXT: BPP, panturrilhas livres, sem edemas.

CD: ~~Crise de desidratação~~. Suporte clinico mantido. PROGRAMAR CIRURGIA

Dr. Itamar Luciano Filho
Clínica Médica - RQE 5319
Especialidade: Radiologia - RQE 540
CRM-RR 1227

68

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: 10/05/2020 DN: 12/11/2020

PACIENTE: Uladimir Costa Macena

DIAGNÓSTICO: FX aberta de Ombro da P. arm. (D)

ALERGIAS: HAS: DM2: DATA: 18/5/2020

IDADE: 19 a. LEITO: 68

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM	ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	(6)
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN	SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN	SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO	MANHÃ
11	CEFOTAXIMA 500MG EV 6/6H	06 12 18 24 06
12	METROTRONIDAZOL 500MG EV 8/8H	06 14 22 06
13		
14		
15		
16		
17		
19		
20		
22		
23		

Dr. Helmar Trappo Filho
Clínica Médica - FONE: 539
Endereço: Rua Maranhão, 127
CEP: 69000-000

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).
CONFORME ESQUEMA: 200-250; 2UI; 251-300; 4UI; 301-350;
3UI; 351-400; 8UI; ≥ 400; 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML.
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	94/60	64		36,2
12 H	120/80	65		35,6
18 H	120/80	92		35,90
24 H	113/67	82		36,5

- Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
- Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
- Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
- Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

Medicações e SSVV realizadas e p.m.
Martelina Sampaio Ferreira
COREN-RR 754419 TE

12:00h. aferido SSVV, adm. a med. CPM, adm. hem 5. as 12h. 2eti com água.

Cláudia Zamboni
Fis. do Exercício
CR-RR 030

68

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: _____ DN: _____

PACIENTE: **WLADIMIR COSTA MACENA**

DIAGNÓSTICO: **FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITO**

ALERGIAS: _____ HAS: _____ DM2: _____

IDADE: 19 LEITO: 68 DATA: 19/5/2020

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM	ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	(6) N/A
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H (SN)	SN 06 12 18 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H (SN)	SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN	SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO	MANHÃ
15	CEFOTAXIMA 500MG EV 6/6H	06 12 18 24
16	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H	08 16 24
17		
19		
20		
22		
23		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:
6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML.
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

RISCO OK

AG CIRURGIA

- Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
- Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
- Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
- Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	116x60	69		36,3
12 H	140x80	69	-	36
18 H	120x88	70		36,32
24 H				

12h Realizado medicações e SSVV matutino Trocado AVP.

Handwritten signature and stamp

19as 07hs - Paciente medicado CPM, não admitiu a retirada de itens (4) não veio da farmácia, aferido os SSVV.

Handwritten initials

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



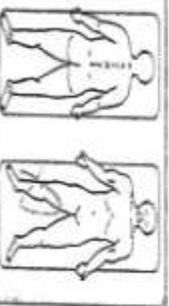
Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1
Paciente: *WADIMIR COSTA*
Leito: *68*

Versão: 08

Elaborada: 02/2013
Data: *29/05/20*

Atualizada: 2/2020

Localização		Região: <i>MID</i>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> I, PP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Trauma: <i>Tranção</i> <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I () II (<input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular	<input type="checkbox"/> I, PP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Trauma: <i>Tranção</i> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I () II () <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<p><i>Drauzo S. Pereira</i> <i>Juliana Reis Fortes</i> <i>Alana de Fátima</i> <i>COBEN-RR</i></p> <p><i>Mônica Reis Fortes</i> <i>Alana de Fátima</i> <i>COBEN-RR</i></p> <p><i>Mônica Reis Fortes</i> <i>Alana de Fátima</i> <i>COBEN-RR</i></p> <p><i>Juliane Moreira</i> <i>Alana de Fátima</i> <i>COBEN-RR</i></p>			
Observações:	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			

68

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: _____ DN: _____

PACIENTE: **WLADIMIR COSTA MACENA**

DIAGNÓSTICO: **FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITO**

ALERGIAS: _____ HAS: _____ DM2: _____

IDADE: 19 LEITO: 68 DATA: 20/5/2020

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM	ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	6 ⁰⁰
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	5 ⁰⁰
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN	SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN	SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO	MANHÃ
15	CEFOTAXIMA 500MG EV 6/6H	12:18:24
16	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H	08:16:24
17		
19		
20		
22		
23		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250; 2UI: 251-300; 4UI: 301-350; 6UI: 351-400; 8UI: > 400; 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H	100x60	63	-	-

- Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
- Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 7124
- Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
- Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1731

12:00h adm. item 15, item 16 não adm.
Sem Prescrição Médica no setor.
Celia

Não foi adm. o medicamento omeprazol 40mg EV porque o farmacêutico não disponibilizou.
Post. Sem revisão no momento.
SS.VV Realizados no período.
visto a falta de Adm. no momento.

Gerlândia R. Colares
Téc. Enfermagem
COREN-RR 630.015

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo n° 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente: *Martim Geste Moreno*

Leito: *08*

Data: *20/05/2020*

Localização		Região: <i>MI D</i>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> J.PP I III IV 7* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> J.PP I III IV 7* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>
Aplicância do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<i>Anne Kacemir Macedo Sousa</i> <small>Adm. Enfermagem COBENFER 400.340 - AE</small>	<i>Emiliana do N. Silva</i> <small>COBENFER 473.002 - AE</small>	<i>Mônica Reis Farias</i> <small>COBENFER 400.340 - AE</small>	<i>Elisabela Carrilho Góddido</i> <small>Gerente de Núcleo Gerenciamento e Férulas COBENFER 400.340 - AE</small>
Observações:	 			

68

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: _____ DN: _____

PACIENTE: **WLADIMIR COSTA MACENA**

DIAGNÓSTICO: **FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITO**

ALERGIAS: _____ HAS: _____ DM2: _____

IDADE: 19 LEITO: 68 DATA: 21/5/2020

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM	ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN	SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN	SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO	MANHÃ
15	CEFOTAXIMA 500MG EV 6/6H	OK 06 12 18 24 08 NTR
16	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H	OK 08 16 24 08
17		
19		
20		
22		
23		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:
6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML,
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	107/63	77		35,20
12 H				
18 H				
24 H	100/70	79	20	36,2

- Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
- Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
- Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
- Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

As 24h sob, Amm meli local qm, Mantendo simm NTRs, sobre res eu idades da função de ortomolton.

Francisco Rodrigo
Cirurgião 51.375 - TE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Paciente: *Wladimir Costa*

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Leito: *68*

Data: *21/05/2020*

Localização		Região: <i>perna direita</i>		Região: <i>perna direita</i>
Etiologia	<input type="checkbox"/> L.PP I II III IV ?* () <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tracção</u> <i>de</i> Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I () II () <input type="checkbox"/> Queimadura () <input type="checkbox"/> Cirurgia () <input type="checkbox"/> DM () <input type="checkbox"/> Vascular	<input type="checkbox"/> L.PP I II III IV ?* () <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>Tracção</u> Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I () II () <input type="checkbox"/> Queimadura () <input type="checkbox"/> Cirurgia () <input type="checkbox"/> DM () <input type="checkbox"/> Vascular
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () <input type="checkbox"/> Ferida fechada () <input checked="" type="checkbox"/> Normal () <input type="checkbox"/> Macerado () <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor	<input type="checkbox"/> Esfácelo () <input type="checkbox"/> Granulação () <input type="checkbox"/> Epitelização	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () <input type="checkbox"/> Ferida Fechada () <input type="checkbox"/> Normal () <input type="checkbox"/> Macerado () <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor	<input type="checkbox"/> Esfácelo () <input type="checkbox"/> Granulação () <input type="checkbox"/> Epitelização
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento () <input type="checkbox"/> Seroso () <input type="checkbox"/> Sanguinolento () <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo () <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Sanguinolento () <input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Purulento () <input checked="" type="checkbox"/> Seroso () <input type="checkbox"/> Sanguinolento () <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo () <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Purulento () <input checked="" type="checkbox"/> Seroso () <input type="checkbox"/> Sanguinolento () <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo () <input type="checkbox"/> Seco
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado () <input type="checkbox"/> Úmido () <input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () <input type="checkbox"/> Úmido () <input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () <input type="checkbox"/> Úmido () <input checked="" type="checkbox"/> Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase () <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata () <input type="checkbox"/> Hidrogel	<input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () <input type="checkbox"/> Alcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase () <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata () <input type="checkbox"/> Hidrogel	<input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () <input type="checkbox"/> Alcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase () <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata () <input type="checkbox"/> Hidrogel	<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata () <input type="checkbox"/> Hidrogel	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase () <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata () <input type="checkbox"/> Hidrogel	<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata () <input type="checkbox"/> Hidrogel
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <i>diário</i> () 48/48h	<input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <i>diário</i> () 48/48h	<input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-PR 507.795/TE	Ana Carolina de Sá, Gerente Tec. em Enfermagem COREN-PR 504.822	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-PR 507.795/TE	Ana Carolina de Sá, Gerente Tec. em Enfermagem COREN-PR 504.822
Observações:	Elieteira Carrilho Galvão Garante do Núcleo Fragmentos e Fartidos E-mail: <i>elieteira@hgr.com.br</i> Telefone: <i>16 3333-1111</i>			

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
 HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO
 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DN

PACIENTE **WLADIMIR COSTA MACENA**

DIAGNÓSTICO **FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITO**

ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	68	DATA
ÍTEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM		ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA		6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN		06 12 18 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN		SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN		SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H		ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO		MANHÃ
15	CEFOTAXIMA 500MG EV 6/6H		06 12 18 24
16	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H		08 16 24
17	<i>alta hospitalar</i>		
19			
20			
22			
23			

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:
 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML,
 GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: WLADIMIR COSTA MACENA 19
DFU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 16/05/2020, COM
DIAGNÓSTICO DE FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA E NO DIA
16/05/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
FIXADOR EXTERNO SENDO
OPERADO PELO DOUTOR DR MARCUS BRUNNER E P/ DR 0
RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA 22/05/2020 ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM 01 (UMA) SEMANAS, COM O
DOUTOR DR MARCUS BRUNNER.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. MARCELO ARRUDA

sexta-feira, 22 de maio de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

LORENZO VIANNA
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2124



BLE *Carvalho*

(68)
(3)

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA

Eu Wladimir Costa Macena CPF nº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:
 - Cirurgias pré-agendadas;
 - Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
 - Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
 - Quando decidido pela equipe assistencial;
- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 16 de maio de 20 20.

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s) / procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, 16 de maio de 20 20. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Coordenador MIO

CRM-RR 1415

Assinatura/Carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____

Loana Viana
Médico Residente de 2020
Otorrinolaringologista e Traumatologista
CRM-RR 2124



Nome: VLADMIR COSTA M
HOSP. VER. JOSE G. CATAO

Masculino ID: 9853
Unidade: Medicina

Nasc:

19 ano(s)



A.P

D



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



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE:

WLADIMIR COSTA MACENA

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 16/05/2020, COM 19 ANOS, EM 16/05/2020 E NO DIA 16/05/2020 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA DIAGNÓSTICO DE 16/05/2020, SENDO

FIXADOR EXTERNO

OPERADO PELO DOUTOR **DR MARCUS BRUNNER** E P/DR 0

RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA 22/05/2020 ÀS 0 EM

BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL 01 (UMA) SEMANAS, COM O DOUTOR **DR MARCUS BRUNNER**

ORIENTAÇÕES GERAIS:

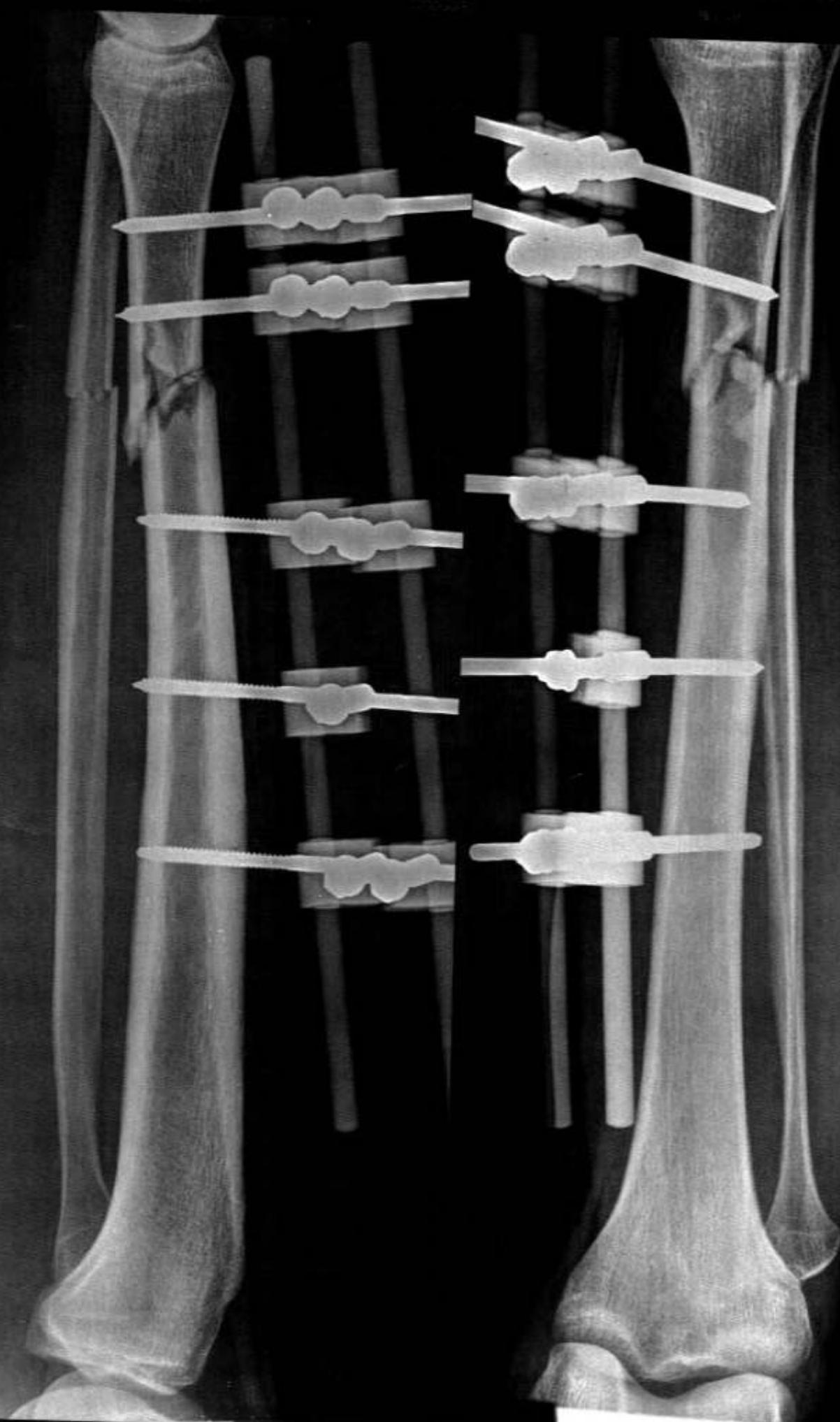
1. **NÃO** PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES;
2. **TOMAR** MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO;
3. **NÃO** RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA;
4. QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE;
5. **NÃO** PERDER RETORNO AMBULATORIAL;
6. **AGENDAR** CONSULTA AMBULATORIAL,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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. **MARCELO ARRUDA**

sexta-feira, 22 de maio de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR
LOGO VITAL
 Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 3124

4034



D



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: WLADIMIR COSTA MACENA 19
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 16/05/2020, COM
DIAGNÓSTICO DE FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA E NO DIA
16/05/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
FIXADOR EXTERNO SENDO
OPERADO PELO DOUTOR DR MARCUS BRUNNER E P/ DR 0
RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA 22/05/2020 ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM 01 (UMA) SEMANAS, COM O
DOUTOR DR MARCUS BRUNNER.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

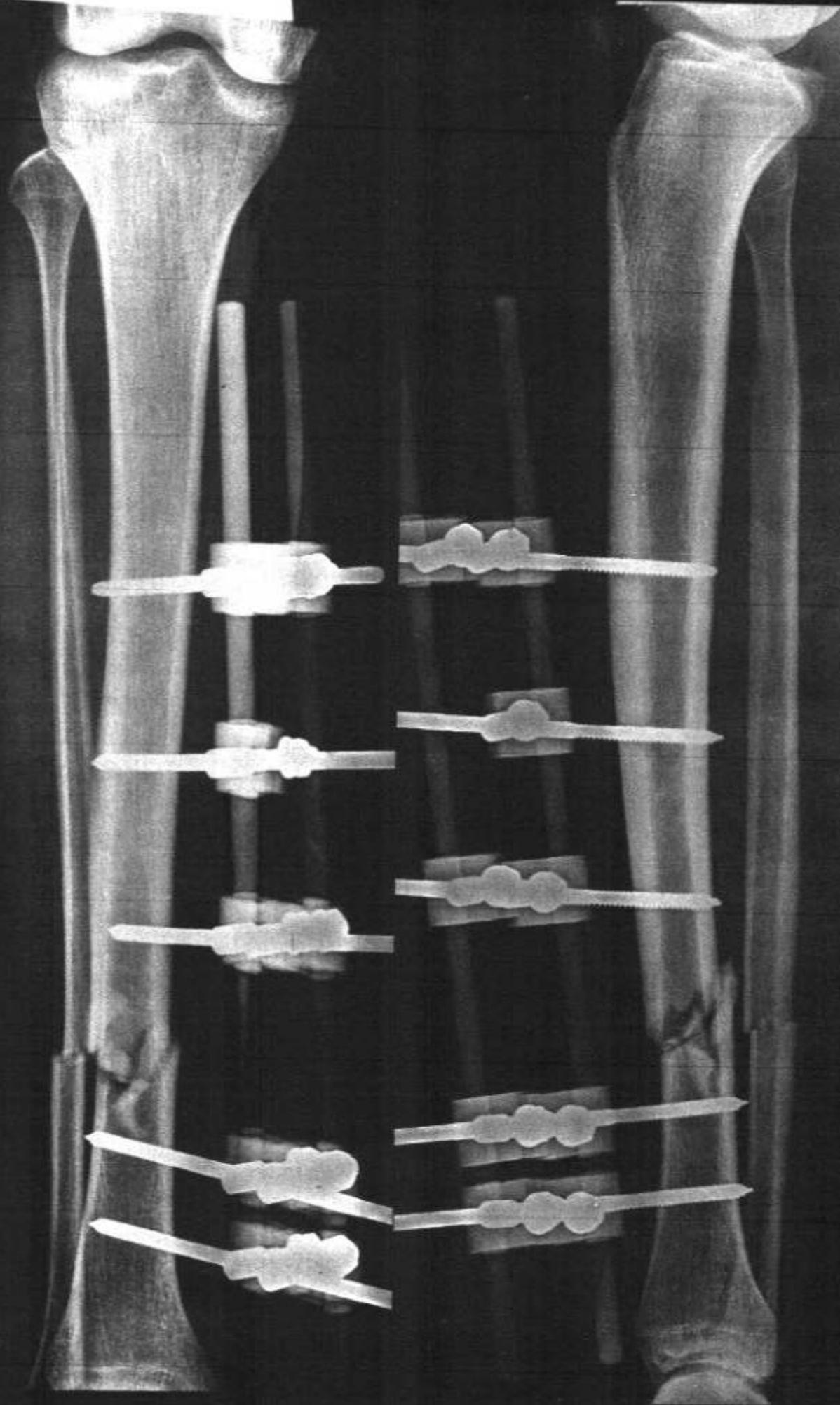
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. MARCELO ARRUDA

sexta-feira, 22 de maio de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

Losmar Viana
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2124

D



WLADIMIR COSTA MACENA

4034

HOSPITAL CORONEL MOTA

Fabíola Castro



D

A.P



Nome: VLADMIR COSTA M
HOSP. VER. JOSE G. CATÃO

Masculino ID: 9853
Unidade Mucajal

Nasc:
Data: 16/05/2020 16:42:02

19 anos(s)
Tec: TR LUZIMAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDELIO CRUZ



Polegar Direito



William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

SANTA INÊS - MA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Perito Papiloscópico do Polícia Civil

Estado de RR

2 VIA

LEI Nº 7.118 DE 26/08/83



Wladimir Costa Macena

FILIAÇÃO: VANDA RODRIGUES COSTA
VALDIRSONEI DIAS MACENA

NASCIMENTO: 12/11/2000
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: SÃO DOMINGOS DO ARAUJÁ - PA
DOCUMENTO: R.G. - 899504 - 20712016 - PC - MT

LEI Nº 9.048, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF: 081.070.232-02

TT. ELETOR: 081.070.232-02

CNH: SEÇÃO:

ZONA:

AGÊNCIA NACIONAL DE REGISTRO CIVIL
Sua função é emitir o Registro Civil de Identificação e Carteira de Registro

die

166.68397.46-9

3765595

0050

RR

Wladimir Costa Macena



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: 061.970.232-02 4 - Nome completo da vítima: Wiladimir Costa Macena

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

5 - Nome completo: Wiladimir Costa Macena 6 - CPF: 061.970.232-02
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: ST. Vaselo da Gama 9 - Número: _____ 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: _____ 12 - Cidade: Campos Novos 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.348-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 99113-3855

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Itaú
AGÊNCIA: 7834 CONTA: 20669 5
(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 Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, Boa Vista, RR 28 de Setembro de 2020
Wiladimir Costa Macena
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245281/20

Vítima: WLADIMIR COSTA MACENA

CPF: 061.970.232-02

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/05/2020

Titular do CPF: WLADIMIR COSTA
MACENA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

WLADIMIR COSTA MACENA : 061.970.232-02

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: 31/08/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Wladimir Costa Macena
NACIONALIDADE: brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro
PROFISSÃO: autônomo RG: 8595094
CPF: 067.970.230-02 ENDEREÇO: 57 Avenida da Gamboa
BAIRRO: Boa Vista CIDADE: Boa Vista
CEP: 69.318 - 000

VÍTIMA: Wladimir Costa Macena
CPF: 067.970.232-02 DATA DO ACIDENTE: 16.05.2020
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: brasileiro
ESTADO CIVIL: casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239217 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC 11 294 Loura Macena

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidiz, 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 RR, 15 de junho de 20 20

x Wladimir Costa Macena
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245281/20

Número do Sinistro: 3200312153

Vítima: WLADIMIR COSTA MACENA

CPF: 061.970.232-02

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WLADIMIR COSTA
MACENA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

WLADIMIR COSTA MACENA : 061.970.232-02

Autorização de pagamento

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: 11/09/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200312153

Cidade: Iracema

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WLADIMIR COSTA MACENA

Data do acidente: 16/05/2020

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITAS.(P.25)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. (P.4,27)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS 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:

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

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200312153

Vítima: WLADIMIR COSTA MACENA

Data do Acidente: 16/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WLADIMIR COSTA MACENA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

