

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

Carta nº 16092994

Pag. 01437/01438 - carta_03 - INVALIDEZ



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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: 0000 CONTA: 0000
(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.

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 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/beneficiário não assinado 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: Brasília DF 10 de Setembro 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (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 A ULTRAPASSAGEM DE UM VEÍCULO NESSA ESTRADA, ATINGIR BRUSCAMENTE UM BURACO NA PISTA, QUE EM SUBSEQUÊNCIA PERDI O CONTROLE DA MOTOCICLETA, CAOTANDO, 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 RAIOS-X AONDE BATEI O RAIOS-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

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

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, CAOTANDO, 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 RAIOS-X AONDE BATI O RAIOS-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



Impresso por: Meire Moura da Silva

Data de Impressão: 09/09/2020 14:51:22

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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 para 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 339-Denunciação 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.

Des Vsta. 09 de Setembro de 2020
Ronaldo Luiz de Souza
202016684

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 RR/13

Nº da Nota Fiscal 5742344

 A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002. FCM*

CONTA 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
 CEP: 69.348-000 - CAMPOS NOVOS

CPF: 00064827089272

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: TIM1901101
Consumo medido: 205	Apresentação: 06/08/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 205		Modalidade: CONVENC

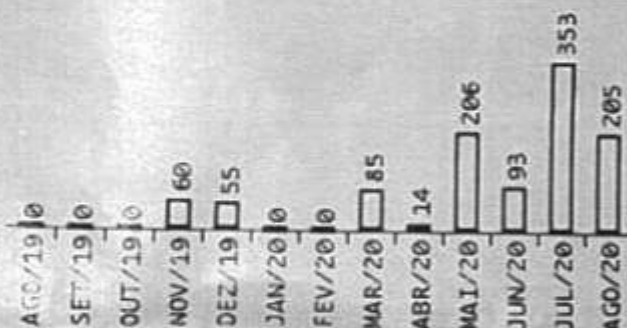
CONSUMO	205 A R\$ 0,597365 =	
CORR MONETARIA TCD (IG 7/15)		122,45
CORRECAO MONETARIA IGPM (4X)		2,28
MULTA POR ATRASO (4X)		5,01
PARCELAMENTO DE DÉBITO 7/15		8,96
JUROS DE MORA DE IMPORTE (4X)		52,13
		8,83

OUTRAS INFORMAÇÕES

 TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 205 - 0,459500

Média 12 meses: 72

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO


 MENSAGENS
IMPORTANTES

 REAVISO DE
VENCIMENTO

 LIGUE 08007019120 E FAÇA O CHAM VENCIMENTO 1 E 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\$		
				Base de Cálculo	ALÍQUOTA	VALOR
Energia:	64,40	Encargos:	3,64	ICMS:	17,00%	20,61
Distribuição:	20,21	Tributos:	26,20	PIS:	0,65%	0,80
Transmissão:	0,00			COFINS:	3,75%	4,59

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIO			AIO			DMC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Linha	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Realização	0,00			0,00			0,00	

(período de apuração: 06/2020) R\$000 0,00

**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**

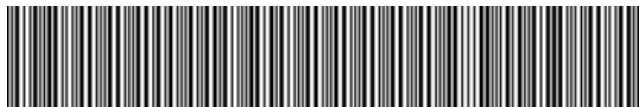
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



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 Nº 9.613/98.

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: Rua Cel

Número: 294

Complemento: 2020

Bairro: Laura Moreira

Cidade: Boa Vista

Estado: RR

CEP: 69.318-050

E-mail: W.Franco 9926@gmail.com

Tel.(DDD): 99113-3855

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

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

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

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor Data Emissão

Sexo

M

Estado Civil

SOLTEIRO (APARDA

Naturalidade

Nacionalidade

BRASILEIRA

Mãe

VANDA RODRIGUES COSTA

Endereço

RUA - JOAO EVANGELISTA PEREIRA DE MELLO - 686 - TANCREDO NEVES - BOA VISTA - RR

Contato

Ocupação

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

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

TRAUMA CONTUSO BM MID

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X☐ ULTRA-SON☐ TC☐ SANGUE☐ URINA☐ ECG☐ OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☒ Transferência para: OUTO P. S. 14☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura de Médico

DR. FERNANDO ALVES MARTINS PEREIRA

Cirurgião Oncológico de

Cabeça e Pescoço

CRM-RR 1843 / RQE: 820

Impresso por: adao

Data Hora: 16/05/2020 18:34:28

SISTEMA DE GESTÃO DE ATENDIMENTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308
69000-000 - Boa Vista - RR

2001242644



Lauda de Internação (Ronam Pacheco) ...

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR - AIH

Prontuário 00179976	Data Internação 16.05.2010	Data da Saída 22.05.2010
Número da AIH: 14201003990-8		
Enfermaria GT	Leito 08	

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
Nº RG, CPF ou Registro de nascimento		Raça/Cor PARDA
Nacionalidade BRASILEIRA		
Nome da Mãe VANDA RODRIGUES COSTA		
Nome do Responsável WLADIMIR COSTA MACENA		
Endereço RUA - JOAO EVANGELISTA PEREIRA DE MELLO		Fone p/ Contato
Município BOA VISTA	Código do IBGE 140010	UF RR
Número 686		Bairro TANCREDO NEVES
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
Em caso de Parto: Nasc Vivo <input type="checkbox"/> Nasc Morto <input type="checkbox"/>	C. Int 02	CID P S622
		CID S W449
		CID CA
		M. Sa 12

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		07.02.03.04.06	203752	16105120	99	129	01	

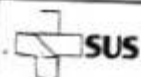
Autorização

Nome Médico Autorizador Ronam Pacheco de Carvalho	Data Autorização 16/05/2010	CPF Autorizador 768.264.736-15	CNS Autorizador 898 0007 5018 1917
Nome do Médico Auditor	Data Auditoria 1/1/1	CPF Auditor	CNS Auditor

FATURISTA

Rhaucilla
CONTADOR E SOLUÇÃO HOSPITALAR

03.06.2010



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

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)

89180051173706106

8 - DATA DE NASCIMENTO

18/11/2000

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

179976

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Annaa Rodrigues Costa

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

12 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO)

Rua São Evangelista Pereira de Melo 686 Grammaac Neves

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - Cód. 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. Internado paciente para tratamento clínico mais programação cirúrgica definitiva.

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - 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 de Marcos Brunner
Médico Especialista em 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

39 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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)

Dr. Marcus Brunner
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1917 RQE 023

0408050500
5822

W495



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

WLADIMIR COSTA MACENA

Data: 16/05/2020

O.S. _____

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

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: DR. MARCUS BRUNNER

1º AUXILIAR: LAEL SILVA (M)

2º AUXILIAR: LOANILDA BRUNNER

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: DR. MARCUS BRUNNER

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

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 CURVATURA NO FOCO FRACTURÁRIO;
- ⑤ COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO;
- ⑥ LMC + SUTURA + CURATIVO;
- ⑦ RPA.

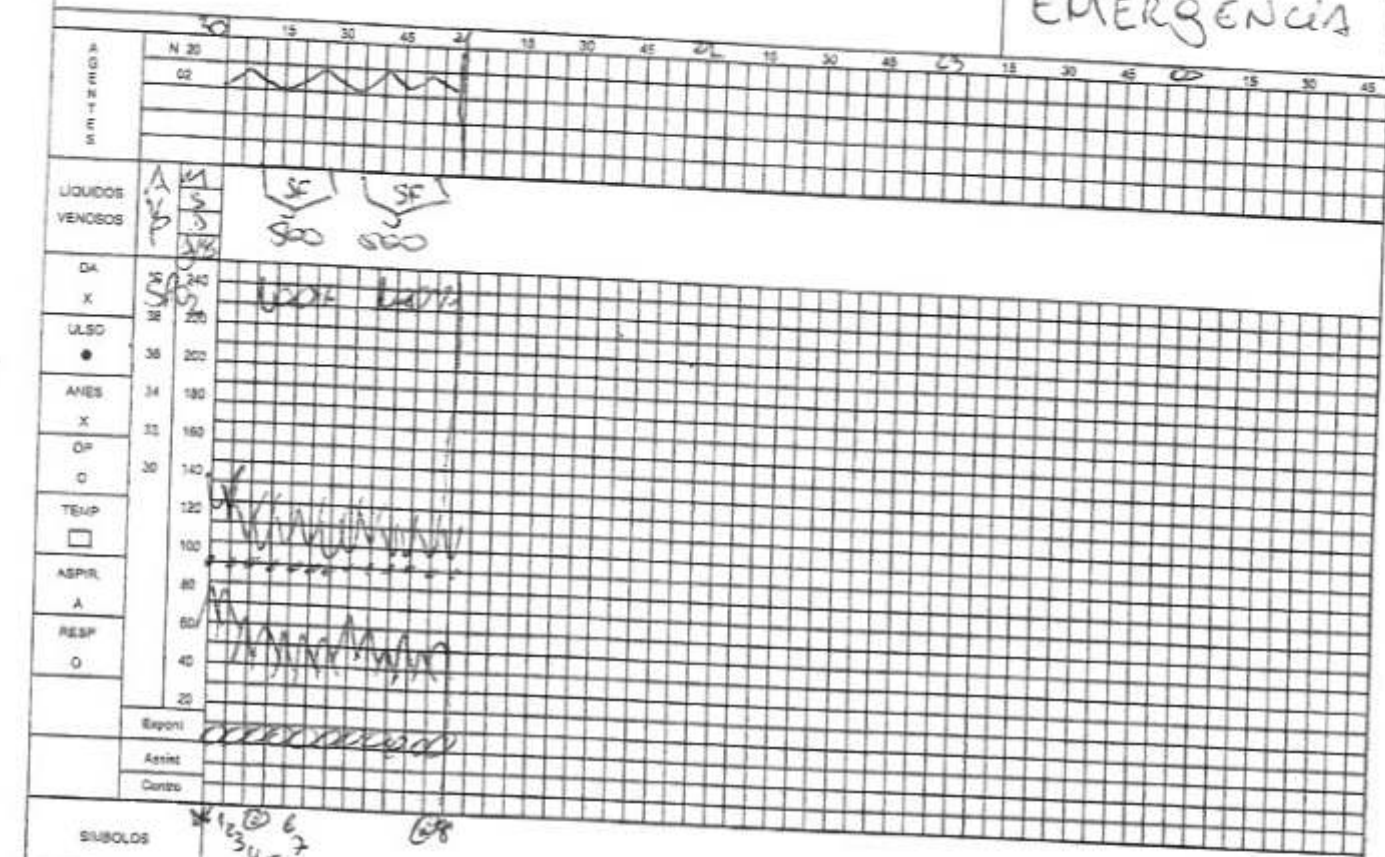
Dr. Lael do Santos da Silva
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2015



Wladimir Costa Uscians, 19a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

EMERGÊNCIAS



AGENTES		DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Propofol	0.5% 2mg	Intubação orotracheal	X Montagem + Check list
B	Intubação		Oral 13-14 cm Apêndice	1. Orelha de A em C
C	Intubação		Se Apêndice no 2º	2. Fútil 3cm + Intubação 1cm
D			Intubação, Simples, 50	3. Paqu Coast com dimensões hipotéticas 0.1% 20mg
E			Intubação, 30cm	4. Intubação 30cm
F			Intubação, 30cm	5. Intubação 24cm
G			Intubação, 30cm	6. Intubação 10cm
GLICOSE	LIQUIDOS		Cálculo - Naso / Oro Faringe	
NOVO			Naso / Orotracheal - Dado	
SANGUE			Sal - Tempo - Calibre do Tubo	
			Sob Mascar	
			Dificuldade Técnica	
TOTAL			TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			Laringe - Epiglote - Excesso Seco	
Fx Exata de Tíbia direita			Depressão Respiratória - Hipoxia	
ANESTESIA			"Bucking" - Vômito	
AOCs			Hemorragia - Arteria	
CÓDIGO			Bred Taquicardia - Choque	
CIRURGIÃO			PERDA SANGÜÍNEA	
Dr. Marcos Brunetti			0	

7. Dehydration
8. Salt

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE Wladimir Costa Moraes APT OU LEITO Nº DO PRONTUÁRIO DATA 16/05/2006

TIPO Fratura Exposta Tibial D CIRURGIA Fixador externo 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. Leana INSTRUMENTADOR

TIPO DE ANESTESIA: Regul CIRCULANTE Wladimir + Valéria
TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
<u>1</u>	PCIS COMPRESSAS C-03 UNID.		<u>500</u>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO <u>Sognd</u>	
<u>1</u>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<u>1</u>	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<u>1</u>	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL N°	
<u>1</u>	LUVA ESTÉRIL 8.0		<u>1</u>	FIO MONONYLON N° <u>2.0</u>	
<u>1</u>	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
<u>1</u>	LUVA P. PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
<u>1</u>	LAMINA BISTURI N° <u>15</u>			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°		<u>1</u>	FIO SUTURA <u> </u>	
	SERINGA 01ML		<u>1</u>	SURGICEL <u> </u>	
<u>1</u>	SERINGA 03ML			CERA P. OSSO <u> </u>	
<u>1</u>	SERINGA 05 ML		<u>1</u>	RECATARATA <u> </u>	
<u>1</u>	SERINGA 10ML			<u> </u>	
	SERINGA 20ML			GEOFOAM	
				FITA CARDIACA	
			<u>100ml</u>	OUTROS: <u>Clonidina</u>	

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

INSTRUMENTADOR(A) ENFERMEIRA CHEFE FUNCCIONARIO CALCULOS CIRCULANTE DE SALA

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Tel.: 55(11)39494000
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300
Ref. 4747/02 Lote 19600740
Registro ANVISA: 10223710095

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB- TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

Nome Wladimir Costa Medeiros
Responsável Cirúrgico Dr. Manoel e Balthazar

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 16/05/2023 Assinatura [Assinatura]
Hora: _____

Anestesia Dr. Balthazar

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente
☐ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☐ REVISÃO DO CIRÚRGIO:
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: 20:45

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
☐ Sim
☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

SÁLIDA (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
PATOLOGICA ESTÁ IDENTIFICADA
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO
☐ Sim ☒ Não

☒ O CIRURGIAO, 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
CONFERIR: 576.537 ENF

Assinatura e Carimbo

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: _____
 PACIENTE: Wladimir Costa Macena
 AGNÓSTICO: Exposta de osso da perna d + 4-10 along p.d
 ALERGIAS: _____ HAS: _____ NEGA: _____ DM2: _____
 IDADE: _____ LEITO: _____ DATA: _____ NEGA: _____

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL <u>leve</u> (2uro, 2:30h após 6h)	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	SF 0,9% 500ML EV <u>S/N</u> de 12:12h	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	24/10
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	24/10 12:12h
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
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	S/N
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	22/06/11
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
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>Clonazepam 24mg EV 1XDIA</u>	24/10
17	<u>CEFTAXIMA 1g (EV) 12/12h</u>	06/18
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: # CONDUZIDA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
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
 Médico Residente
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-RR 124

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

22.00 Paciente acordado, presente do conforto
 cirúrgico, com o acompanhamento.

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



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: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____

Loana Viana
Médico Residente de 2020
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RJ 2124



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
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

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

000

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

000

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

17 - COD. 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 DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Itamar de Brito Trajano Filho

CRM 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 - COD. 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: ~~Quimiohidratação~~. Suporte clinico mantido. PROGRAMAR CIRURGIA

Dr. Ilamar Trujano Filho
Clínica Médica - RQE 539
Endereço: Rua 1227

68

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	16/05/2020	DN	12/11/2020		
PACIENTE	Vladimir Costa Macena				
DIAGNÓSTICO	FX aberta de Ombro da P. arm. (D)				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	19 a.	LEITO	6-8	DATA	18/5/2020
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				06 12
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					
18					
19					
20					
21					
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	94/60	64		36,2
12 H	120x80	65		35,6
18 H	120x80	92		35,9
24 H	113x69	82		36,5

medicação e
SSVV realizadas
e p.m.
Martzelina Sampaio Ferreira
COREN-RR 754419 TE

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

Cláudia Zúñiga M. An
Téc. de Enfermagem
EX-RR 032

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
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				
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				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		36,8
12 H	140x80	69	-	36
18 H	120x88	70		36,32
24 H				

12h Realizado medicações e SSVV matutino
Trocado AVP.

Assinatura do Médico
Tutorado do Internato
CRM/RR 1231

19as 07hs - Paciente medicado CPM, não admi-
nistrado itens (4) não veio da farmácia,
apêndice os SSVV.

B

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente: WADIMIE COSTA

Leito: 68

Data: 29/05/20

Localização		Região: <u>MID</u>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> I, PP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma : <u>Tração</u> <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I () II (<input checked="" type="checkbox"/>) <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"/> I, PP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma : <u>Tração</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I () II () <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 _____
Aparência do Leito	<input checked="" 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: _____	<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"/> Púrpulo <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Púrpulo <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Púrpulo <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Púrpulo <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Tipo de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <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"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <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"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <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"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> 1/2/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 1/2/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 1/2/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 1/2/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <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"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <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"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <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"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária	<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: _____	<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"/> 1/2/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 1/2/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 1/2/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 1/2/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Bruno S. Pereira Técnico de Enfermagem em Tratamento de Feridas COBEN-RR nº 005.116-0	Juliana Reis Farias Técnica de Enfermagem em Tratamento de Feridas COBEN-RR nº 005.116-0	Juizete Moreira Técnica de Enfermagem em Tratamento de Feridas COBEN-RR nº 005.116-0	Juizete Moreira Técnica de Enfermagem em Tratamento de Feridas COBEN-RR nº 005.116-0
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				
IDADE	19	LEITO	68	DM2	
ITEM	PRESCRIÇÃO				DATA
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SND
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				MANTER
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				ACM
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				6
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 DLM/L. 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 1721

12:00h. adm. item 15, item 16 não adm.

Sem Prescrição Médica no setor.

Não foi adm. o médico omeprazol 40mg EV
 porque o farmacêutico não disponibilizou

Post. Sem Queixas no momento
 SS-VV Realizado no período

Visto a falta de Admissão no setor

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: *Wladimir Costa Melo*

Leito: *68*

Data: *20 / 05 / 2020*

Localização	 	Região: <i>PII</i>	 	Região: _____
Etiologia	() L.P.P I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro: _____	Grav: I (X) II ()	() L.P.P I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro: _____	() L.P.P I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro: _____
Aplicação do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfúculo () Granulação () Epitelização (X) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfúculo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfúculo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfúculo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____
Pele Perilesional	(X) Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serosanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Soro fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Soro fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Soro fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<i>Anne Karemyn Macedo Sousa</i> CONEP 402.340.4E	<i>Emiliana do N. Silva</i> CONEP 402.340.4E	<i>Mônica Reis Farias</i> CONEP 402.340.4E	<i>Elisabela Cartelbo Góddard</i> CONEP 402.340.4E
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				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

#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	107,46	77		35,2°C
12 H				
18 H				
24 H	106,70	79	20	36,2°C

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 242 sets, some more local gun, Vostrovo sim
NTar, some set in 1000s of 1000s of 1000s of 1000s

Francisco J. Rodríguez
Cuenta: 751.375 - TE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente:

Wladimir Costa

Costa

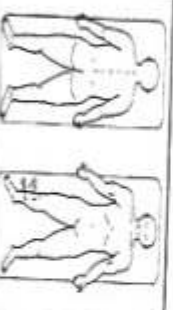
Marcena

Leito:

68

Data: 21/05/2020

Localização



Região: pele ante

Grau: I () II ()

Etiologia

() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: Tracção fixador Externo () ortopedia
() Outro:

Aparência do Leito

() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

Pele Perilesional

(X) Normal () Macerado (X) seca () Eritema / Rubor
() Outro:

Tipo de Exsudato

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo (X) Seco
() Outro:

Quantidade de Exsudato

() Molhado () Úmido (X) Seco

Solução de Limpeza

(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Alcool 70%

Cobertura primária

(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro: exatada

Troca

() 12/12 () 48/48h
Diário troca

Profissional que realizou procedimento:

Adonilde Vieira Araujo
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 507.795/TE

Ass. Quím. de Siga Quím.
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 504.622

Adonilde Vieira Araujo
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 507.795/TE

Ass. Quím. de Siga Quím.
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 504.622

Observações:

Elisbetina Carmelita Gato

Garante do Núcleo

Fragmentos e Feridas

Fragmentos e Feridas

Fragmentos e Feridas

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

22/5/2020

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

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 *alta hospitalar*

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



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 RAO 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

Loana Viana
Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2124



BLE

Cenário

168

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 MIB

Assinatura do Médico Regulador

CRM _____ / _____

Loana Viana
Médico Residente de 2020
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2124



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

Unidade: Masculino ID: 9853

Nasc:

19 anos(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

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

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

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
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM 01 (UMA) SEMANAS, COM O
DOUTOR DR MARCUS BRUNNER

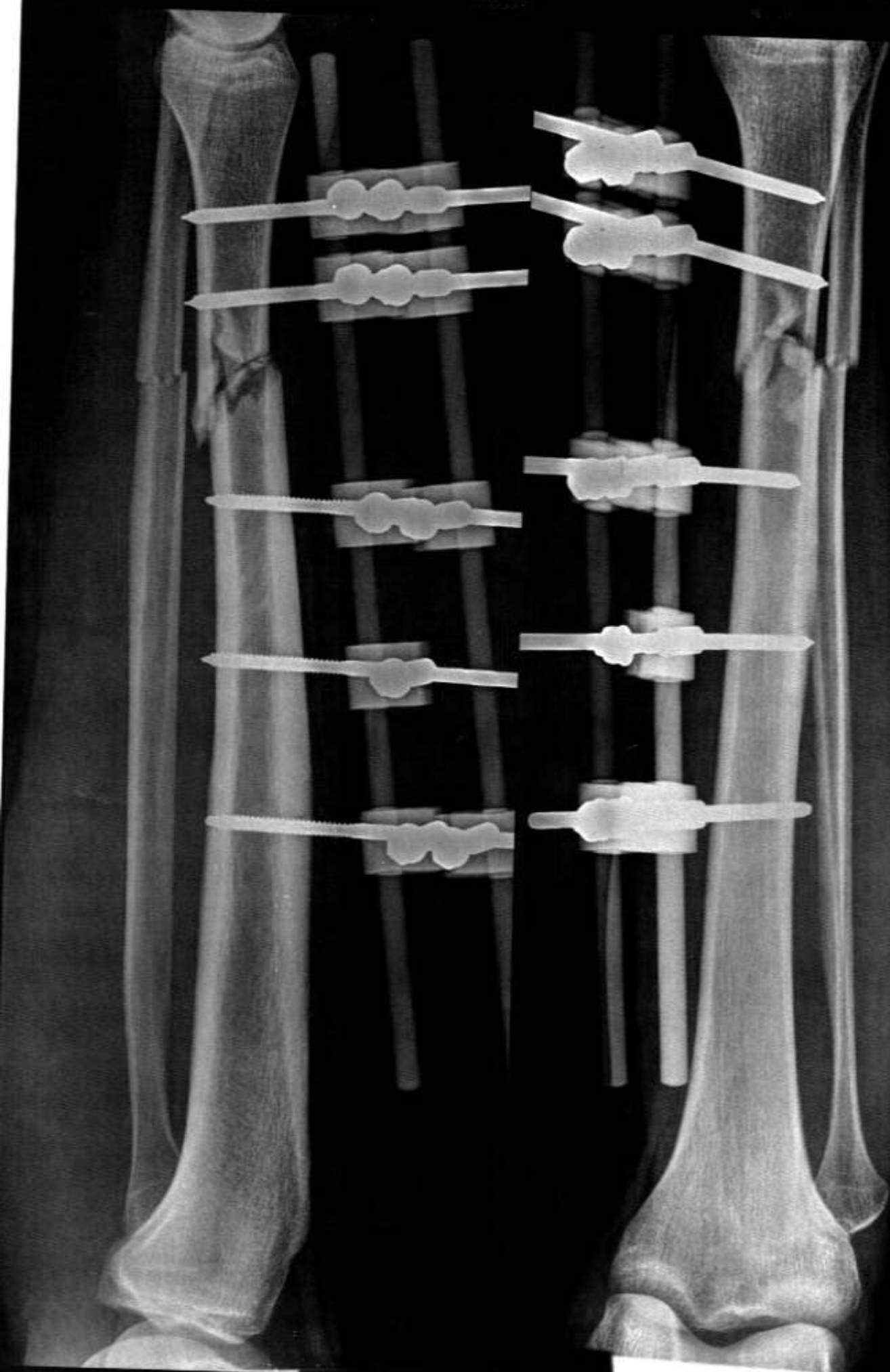
ORIENTAÇÕES GERAIS:

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
LOGOTipo Médico
CRM-RR 3124





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 RAO X COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

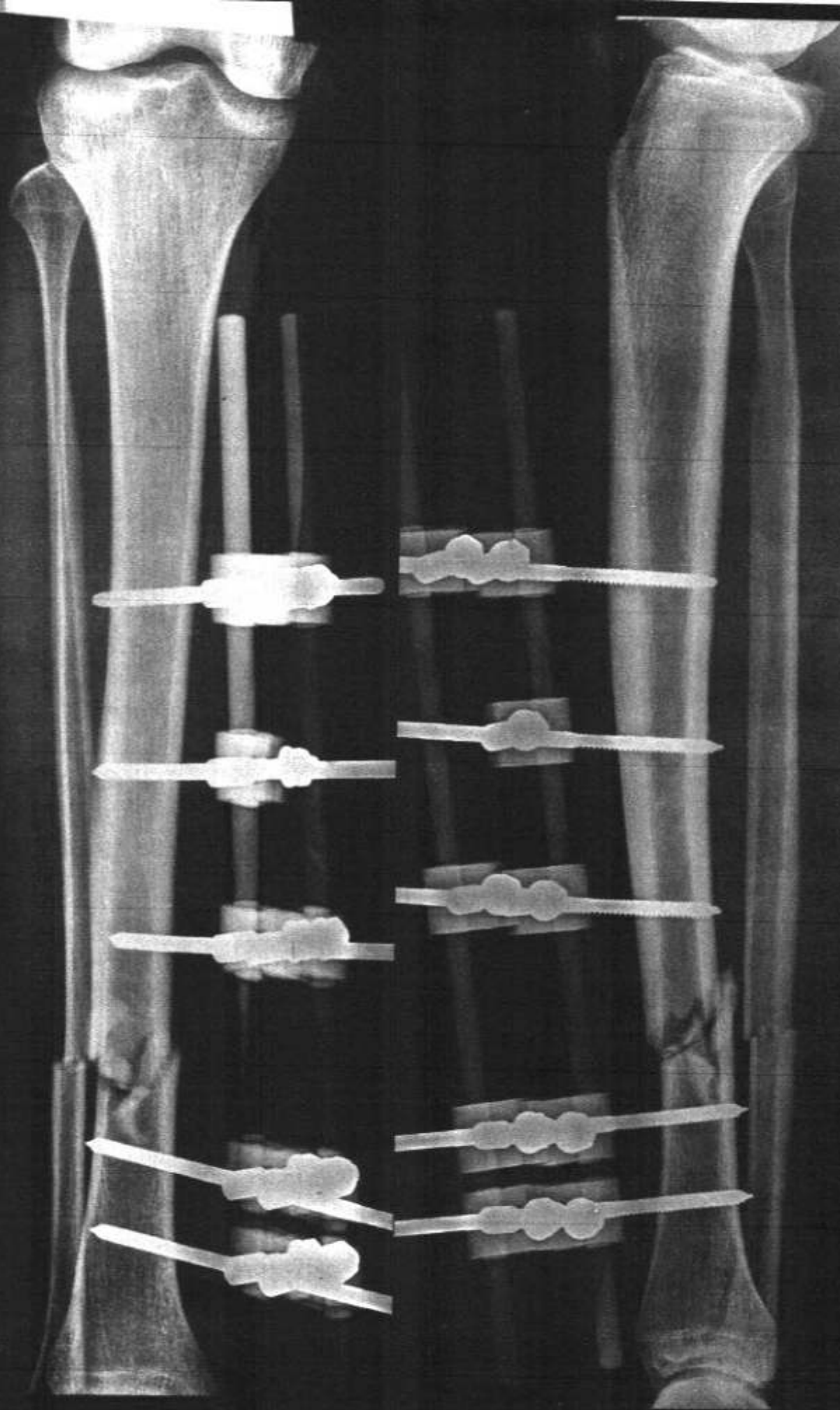
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. **MARCELO ARRUDA**

sexta-feira, 22 de maio de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

Loscar 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. CATAO

Masculino ID: 9853
Unidade Mucajai

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

19 ano(s)
Tec: TR LUZIMAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO 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

DATA DE NASCIMENTO

SANTA INÊS - MA

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

2 VIA

Partido Político Brasileiro do Partido Civil
Diretor de Ident.

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83



WLADIMIR COSTA MACENA

FILIAÇÃO

VANDA RODRIGUES COSTA
VALDESONE DIAS MACENA

NASCIMENTO

12/11/2000

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO

NATURALIDADE

SÃO DOMINGOS DO ARAUJÁ - PA

DOCUMENTO

R.G. - 859504 - 387112018 - PC - MT

LEI Nº 9.048, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF

081.070.232-02

TTT. ELEITOR

CNH

SEÇÃO

LOCAL DE EMISSÃO

SINTEAM - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO

19/09/2017

ZONA

Assinatura do titular
Assinatura do representante legal

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. Vasco da Gama 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: Campes 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
(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 (val nascit)? ☐ 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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Wiladimir Costa Macena

43 - Assinatura do Procurador (se houver) William Gonçalves

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Wladimir Costa Macena
NACIONALIDADE: brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro
PROFISSÃO: autônomo RG: 8595094
CPF: 061.970.232-02 ENDEREÇO: 51 Avenida da Gama
BAIRRO: Boa Vista
CEP: 69.328 - 000 CIDADE: Boa Vista

VÍTIMA: Wladimir Costa Macena
CPF: 061.970.232-02 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: 254214 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC 11 294 Louveira Matine

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalides, 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