

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2932772020201210174418

Processo 0830126-56.2020.8.23.0010 ☆ - (16 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 9	10/12/2020 17:44:18	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
9.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2772384CONTESTACAO01.pdf Público
9.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2772384CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
9.3	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2772384CONTESTACAOAnexo03.pdf Público
9.4	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf Público
8	01/12/2020 17:20:34	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de WLADIMIR COSTA MACENA) em 01/12/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (25/11 /2020) e ao evento de expedição seq. 7.	Wallyson Barbosa Moura Advogado
7	26/11/2020 09:34:48	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de WLADIMIR COSTA MACENA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (25/11/2020)	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA Analista Judiciário
<div>[+]</div> 6	25/11/2020 17:13:33	CONCEDIDO O PEDIDO	JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado
5	24/11/2020 16:09:35	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	24/11/2020 16:09:35	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	24/11/2020 16:09:35	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	24/11/2020 16:09:35	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 4ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<div>[+]</div> 1	24/11/2020 16:09:34	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJXSA RW5NZ F3DTT 6XXER



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01231/01232 - carta_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJXSA RW5NZ F3DTT 6XXER



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:

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) ☐ 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(a) (se houver)? ☐ 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 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)

Seguradora LIDER Administradora do Seguro DPVAT		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	661.970.232-09	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:		6 - CPF:	
Wladimir Costa Macena		661.970.232-09	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
autônomo	57 Vasco da Gama		
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
	Boa Vista	RR	69.348-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		
	7913-3855		
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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
Nome do BANCO: Itau			
AGÊNCIA:		AGÊNCIA:	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
CONTA:		CONTA:	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
Autorizo a Seguradora Lider 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			
<input checked="" type="checkbox"/> 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:			
<ul style="list-style-type: none">• 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 Lider 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:		24 - Data do óbito da vítima:	
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	31 - Vítima teve irmãos?
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?		
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Estou ciente de que a Seguradora Lider 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)	
40 - Local e Data, Boa Vista RR 10 de Setembro 20 20		38 - 1ª Nome: _____	
x Wladimir Costa Macena		CPF: _____	
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura da testemunha	
		39 - 2ª Nome: _____	
		CPF: _____	
		Assinatura da testemunha	
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 N°: 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 NESTA 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 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 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

Fls: 1
Visto:



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

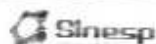
Nº: 686

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 NESTA 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. O 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

Fls: 2
Visto:



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 (jere os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que daí originar, 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 Vista, 09 de Setembro de 2020

[Assinatura] 220316684



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: Vladimir 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: Vladimir Costa Macena 6 - CPF: 061.970.232-02
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: R. Vasco da Gama 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: Belo Horizonte 13 - Estado: RJ 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(s) (seu/sa)? ☐ 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: Belo Horizonte RJ

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**RORAIMA
ENERGIA**

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0549850-3

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Dantas, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.023-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

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. **FCAM**

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

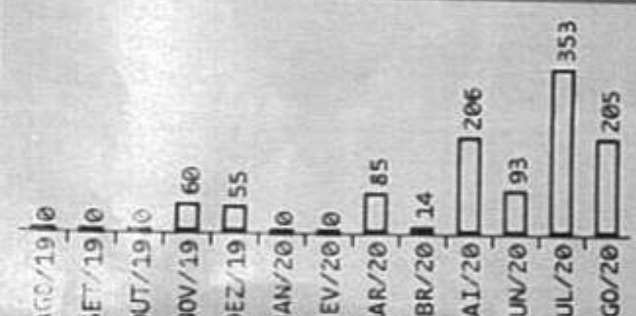
CPF: 00064827089272

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: 06/07/2020	Classe/Subclasse: RURAL
Dias de consumo: 29	Próxima leitura: 06/09/2020	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 = 122,45

CORR MONETARIA TCD (IG 7/15)	2,28
CORRECAO MONETARIA IGPM (4X)	5,01
MULTA POR ATRASO (4X)	8,96
PARCELAMENTO DE DEBITO 7/15	52,13
JUROS DE MORA DE IMPORTE (4X)	8,83

OUTRAS INFORMAÇÕES
TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 205 - 0,459500

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO


Média 12 meses: 72

**MENSAGENS
IMPORTANTES**

**REAVISO DE
VENCIMENTO**

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

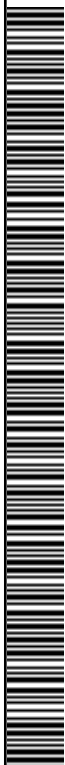
RESERVADO AO FISCO 74FA.7500.B299.EDEF.A191.5F02.1C62.382D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$			
Energia:	64,40	Encargos:	3,64	Base de Cálculo:	ICMS:	17,60%	20,81
Distribuição:	28,21	Tributos:	26,20	122,45	CPIS:	0,55%	0,68
Transmissão:	0,00				COFINS:	3,75%	4,59

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DICI			FIC			DMIC	DICIU
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual		
Linha	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 02/2021 0,00



09/04/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 03/2020 referente a UC: 703494



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

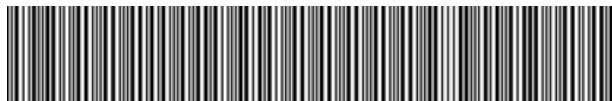
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

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/BIBLIOTECASWEB/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 825.396.343 / 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 Inválidez 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 à 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 CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>W.Franco 9926@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel.(DDD): <u>99113-3855</u>

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

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante



2001342544



AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

Leu de internação (Ronam Pacheco) ...

Prontuário 00179976	Data Internação 16.05.2020	Data da Saída 22.05.2020
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

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

Marcos Brum

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	CUTI
01	01		20	202-01	1917		01	
02	02		16	44-01	2015		01	
03	06		109	213-01	1025		01	
04	07		953	36-01	1217		01	
05	07		27	1272-01	1231		02	
06	07		36	1272-01	2124		01	
07	01	04-01-01-001-5	42	16-01	46852		01	
08	57	2020-05	34	1806-01	12		05	
09			1239	28-01				
10			37	29-01				
11	EB		39	32-01				
12			31	41-01				
13			33					
14								
15		07-02-03-04-06	202758	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 Auditoria

1/1

CPF Auditor

CNS Auditor

FATURISTA

Rhauailla

CONTADOR E COLABORADOR

09.06.2020

SUS 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		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		13 - UF	
14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO		15 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Paciente com fratura exposta de osso do punho direito. 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 punho direito			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
Internação			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA			
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
28 - DOCUMENTO			
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
32 - ASSINATURA			
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			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - DOCUMENTO			
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			



BOLETIM OPERATÓRIO

WLADIMIR COSTA MACENA

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 16/05/2020

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FR EXPOSTA AO OSSE 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 DPH + ANESTESIA;
- ② AA + CCE;
- ③ LAVAGEM EXAUSTIVA CP SORO FISIOLÓGICO 0,9% 10LITROS;
- ④ EXPLORAÇÃO E REDUÇÃO CURVETA NO FOCO FRATURÁRIO;
- ⑤ COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO;
- ⑥ LMC + SUTURA + CURATIVO;
- ⑦ RPA.

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



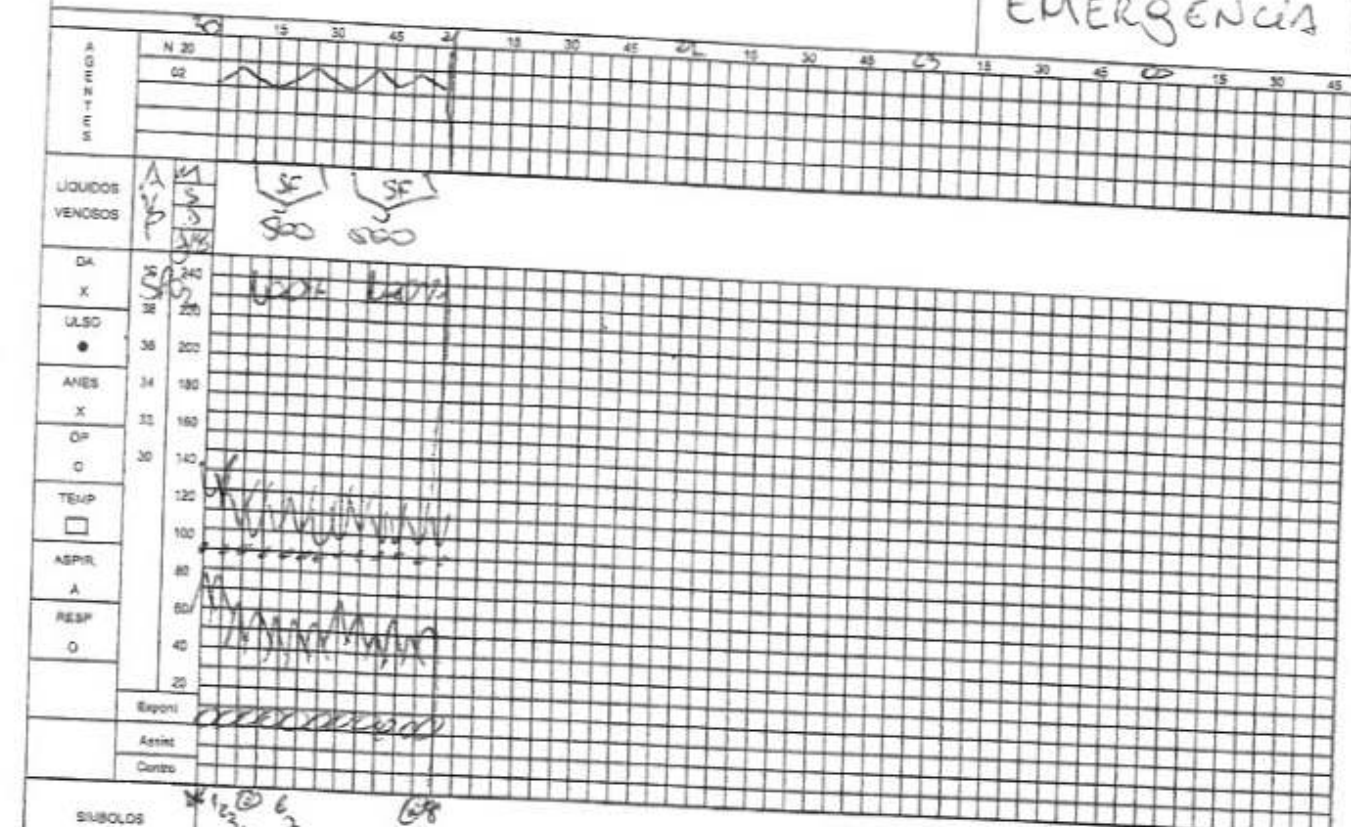
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Paralela do Brasil"

FICHA DE ANESTESIA

Wladimir Costa Macêdo, 19a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº EMERGÊNCIAS



AGENTES		DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Propofol	0.5% 2mg	Intubação com tubo	X Manutenção + Check LST
B	Fentanyl		Oral 13-14 cm Agulha	1. Opér de a em cu
C	Lidocaína		de 2mm x 20mm	2. Fútil 3mg + Midazolam
D			4mg/kg, 5mg/kg, 5mg/kg	3. Propofol 0.5% 20mg
E			Ventilador, 20ml/min	4. Lidocaína 4mg
F			10ml	5. Bupivacaína 2mg
G				6. Atropina 1mg
GLUCOSE		LIQUIDOS		
NOCO			Cânula - Naso / Oro Faringea	
SANGUE			Naso / Orotraqueal - Cava	
			Bal - Tapa - Calibre do Tubo	
			Sob Máscara	
			Difusão Técnica	
TOTAL			TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO				
Fx Expt de tibia direita				
ANESTESIA		CÓDIGO	CIRURGO	PERDA SANGÜÍNEA
Acs			Dr Marcos Brunner	



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

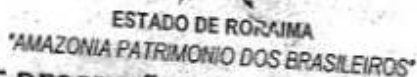
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Wladimir Costa Macedo				16/10/2020	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Fratura Exposta Tibial D		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
(Fixador externo)		20:30	21:00		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
Dr. Marcos		ANESTESISTA: Dr. Ailton			
1ª AUXILIAR		RES. ANESTESIA: Dr. Carlos			
2ª AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
Dr. Lael R.		CIRCULANTE			
Dr. Luana		Wladimir + Valeria			
TIPO DE ANESTESIA: Regui		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCT'S COMPRESSAS C-03 UNID		500	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO Sognd	
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL N°	
1	LUVA ESTÉRIL 8.0		1	FIO MONONYLON N° 2.0	
	LUVA ESTÉRIL 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 SEDA 0/1600	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL 0.25mm 02	
	SERINGA 03ML			CERA P. OSSE	
1	SERINGA 05 ML		1	RE CATARATA N° 02	
1	SERINGA 10ML			GEFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
			100ml	OUTROS: Clonidine	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENT		LOR	
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
	Alina	SUB- TOTAL			
FUNCIONARIO CAUT. LOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
	Atsander	TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Tel.: 55(11)30494000
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300
Ref. 4747/02 Lote 196 003740
Registro ANVISA: 10228710095

NOME - FUNDOS - AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, S/N NOVO PLANALTO Boa Vista-RR		Nº. 000.000.129 Série 001											
IDENTIFICAÇÃO DO RECEBEDOR		IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR											
QUANTUM EMPREENDIMENTOS EM SAÚDE LTDA-EPP AV. MARIO HOMEM DE MELO, 191-A CENTRO - 69301-210 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											
TURMA DA OPERAÇÃO		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											
INSCRIÇÃO ESTADUAL		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SIST. TRIBUT.											
240161736													
DESTINATÁRIO / REMETENTE IME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ / CPF											
UNDO ESTADUAL DE SAÚDE DE RORAIMA - FUNDES		05.370.016/0001-00											
V. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, S/N		DATA DA EMISSÃO 30/12/2019											
BOA VISTA		DATA DA SAÍDA/ENTRADA											
UF		CNPJ / CPF											
RR		69312-470											
VALOR DO IMPOSTO		INSCRIÇÃO ESTADUAL											
0,00		0,00											
VALOR DO ICMS		0,00											
BASE DE CÁLCULO		0,00											
VALOR DO ICMS SUBT.		0,00											
V. IMP. IMPORTAÇÃO		0,00											
V. ICMS L.F.A.M.F.T.		0,00											
VALOR DO ICP		0,00											
VALOR DO PIS		0,00											
TOTAL PRODUTOS		91.600,00											
LOR DO FRETE		0,00											
VALOR DO SPOLUR		0,00											
DESCUENTO		0,00											
OUTRAS DESPESAS		0,00											
VALOR TOTAL IN		0,00											
V. ICMS L.F.D.E.S.T.		0,00											
V. TOT. TRIB.		0,00											
VALOR DA DEDUÇÃO		0,00											
TOTAL DA NOTA		91.600,00											
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA											
IME / RAZÃO SOCIAL		(9) Sem Frete											
DESCRIÇÃO		CODIGO ANTI											
		PLACA DO VEICULO											
		UF											
		CNPJ / CPF											
		MUNICIPIO											
		UF											
		INSCRIÇÃO ESTADUAL											
QUANTIDADE		ESPÉCIE											
MARCA		NUMERAÇÃO											
PESO BRUTO		PESO LIQUIDO											
DOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	Q'EST	CHOP	LIN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPT	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPT
17.02.03.04-6	FIXADOR EXTERNO LINEAR 250; MARCA ORTOSINTESE, LOTE: 19K001220(10UN.) 19K003177(9UN.) 19K003178(ALUN.)	90211020	0400	5103	UNIT	25,0000	600,0000	15.000,00	0,00	0,00		0,00	
17.02.03.04-6	FIXADOR EXTERNO LINEAR 300 MARCA ORTOSINTESE, LOTE: 19K003738(KUN.) 19E003740(1UN.) 19E003741(5UN.)	90211020	0400	5103	UNIT	30,0000	600,0000	18.000,00	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	UNIT	43,0000	600,0000	25.800,00	0,00	0,00		0,00	
17.02.03.04-6	FIXADORA EXTERNO LINEAR 350 MARCA ORTOSINTESE, LOTE: 19K003126(15UN.) 19K003127(10UN.)	90211020	0400	5103	UNIT	25,0000	600,0000	15.000,00	0,00	0,00		0,00	
17.02.03.04-6	FIXADOR EXTERNO LINEAR 400 MARCA ORTOSINTESE, LOTE: 19K002470(12UN.)	90211020	0400	5103	UNIT	12,0000	600,0000	7.200,00	0,00	0,00		0,00	
17.02.03.04-4	FIXADOR EXTERNO PARA PUNHO, MARCA ORTOSINTESE, LOTE: 19K001139(5UN.) 19E001141(15UN.)	90211020	0400	5103	UNIT	20,0000	330,0000	6.600,00	0,00	0,00		0,00	
DOS ADICIONAIS													
FORMAÇÕES COMPLEMENTARES													
Fisco: PROCESSO Nº 007273/19-33													
ATA DE EMPENHO 20601.0001.19.02/04-3 DIÁRIOS BANCARIOS: BANCO DO BRASIL													
AGÊNCIA: 2617-4 CONTA CORRENTE: 55144-9													
EMPRESA OPTANTES PELI SIMPLES NACIONAL													
RESERVADO AO FISCO:													





CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS									
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			Especialidade: Ortopedia			Procedimento Realizado: Prova Externa Tibial			
Nome do Paciente: Wladimir Costa Maciel			IDADE: 19		SEXO: F () M (X)		Nº do Prontuário		Data 16/05/2026
Bloco:		Enfermaria:		Leito:		Nº da Sala 04		Circulante de Sala: Wladimir + Valéria	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:									
Dados dos materiais/Serviço									
Hospital Geral de Roraima									

Dados dos materiais/Serviço

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Wilson

1º AUXILIAR: Dr. Lael / Dr. Vassini

INSTRUMENTADOR:

Empresa ()

Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM ()
ATHENA () / MACON ()

Marca:

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: ead@hgr.com

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2019



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

Anestesiologista: Dr. Carlos

ENTRADA

PACIENTE CONFIRMOU: (Sala Pré Anestésica)

Nome: Wladimir Costa Medeiros
Responsável Cirúrgico: Dr. Medeiros e Bultrami
☒ 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: 16/05/2020

Assinatura: Assinatura

Hora: _____

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRÚRGIO, 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: Clavulaniclavam 300mg Hora: 15:15

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

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

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 CIRÚRGIO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica
Allye J. S. Oliveira
Enfermeira
CORRELA 526.537 ENF

Assinatura e Carimbo

blo. E - Lito 63

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <u>Wladimir Costa Macena</u>					
AGNÓSTICO <u>FX exposta de osso da perna D + 4- Valang P.D</u>					
ALERGIAS					
IDADE		HAS	NEGA	DM2	NEGA
ITEM		LEITO		DATA	
PRESCRIÇÃO					HORARIO
1	DIETA ORAL LÍQUIDA	<u>22.00, 24.00 e 06.00</u>			<u>SN</u>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<u>22.10</u>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	<u>de 12.12h</u>			<u>24.00</u>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<u>24.00</u>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<u>24.00</u>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<u>24.00</u>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				<u>SN</u>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<u>SN</u>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<u>22.00</u>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<u>24.00</u>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<u>24.00</u>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<u>SN</u>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<u>SN</u>
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	<u>Clonazepam 1g EV de 6/6h (suspensa)</u>				
16	<u>Clonazepam 24mg EV 1XDIA</u>				<u>24.00</u>
17	<u>Cefotaxima 1g EV 12/12h</u>				<u>24.00</u>
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: # CONDUTA: 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

Loana Viana
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 124

Patrícia Cabral
Téc Enfermagem
COREN-RR 537 176

22.00 Paciente acordado, presente do confuso
curioso, com o corpo quente.

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

As 06:00h

PA = 130 x 80

FC = 98

T = 36°C

Tec. Luana.



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

Eu Wladimir Costa Moura 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 _____ / _____

 SUS 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				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO				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. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3			
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD		10 - RAÇA/COR			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD					
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				19 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS 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)  Cirurgião Geral - RQE 539 Endereço: Rua ... nº ... Cidade: ... - RR 1227					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº DO BILHETE			
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ EMPRESA		41 - SÉRIE			
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				43 - CNAE DA EMPRESA			
44 - CBOR		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 () CNS () CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
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: ~~Controle hidratação~~. Suporte clinico mantido. PROGRAMAR CIRURGIA

Dr. Joao Alves Barbosa Filho
Clínica Médica - RQE 539
Especialidade: Radiologia - RQE 540
CRM-PA 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	Wladimir Costa Marcano			
DIAGNÓSTICO	FX escrota de Ombro da Direita (D)			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE	19 a	LEITO	68	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				
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

Dr. Roman Travenço Filho
Clínico Médico ORT 539
Endereço: Rua ... 123
CRM-RR 1234

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		36,1
12 H	120x20	65		35,6
18 H	120x80	92		35,90
24 H	113x61	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

medicação e
SSVV realizados
e p.m.
Marizelma Sampaio Ferreira
COREN-RR 754419 TE

12:00h. fazendo SSVV, adm. a med. CRM,
adm. hem 5. as 12h. peti com algia.

Cláudio C. M. Aze
Téc. de Enfermagem
R-RR 000

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					
IDADE	19	HAS		DM2	
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 F
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

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

12h Realizado medicações e ssvv matutino
Troçado AVP.

Assinado digitalmente
Torne-se Assinado Digital
Clique aqui para saber mais

19as 07hs - Paciente medicado CPM, não admi-
nistrado itens (2) não veio da farmácia,
apêndice os ssvv.

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 20/5/2020	
ITEM		PRESCRIÇÃO			
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 06
16		METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H			08:18:24 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					
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 Bruna Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1234					

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

Sem Prescrição Médica no setor.

Não foi adm. o medicamento omeprazol 40mg EV
Porque a farmácia não disponibilizou


Post. Sem Análise no momento
SS.VV Realizado no período

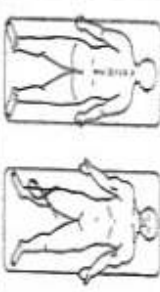
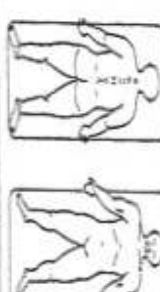
Leito atende a demanda de atendimento

Gerlândia R. Colares
Téc. Enfermagem
COREN-RR 630.015



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente: <i>Wladimir Costa Melo</i> Leito: <i>608</i>			
Data: <i>20/05/2020</i>				

Localização			Região: <i>MTD</i>			Região:
Etiologia	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma : Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:					
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (X) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros					
Pele Perilesional	(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:					
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serossanguíneo () Seco () Outro:					
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco					
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Alcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:					
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:					
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h					
Profissional que realizou procedimento:	Anne Karoline Macedo Sousa Adilson de Oliveira Cofre nº 400.540 - AE Emília da N. Silva Cofre nº 400.540 - AE Mônica Reis Farias Cofre nº 400.540 - AE Elisabete Cortez de Almeida Garante do Núcleo Tópicos e Feridas Cofre nº 400.540 - AE					
Observações:	Corrente					

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	ONDASTRONA 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				NTF
16	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H				NTF
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 GUCOSE ≤ 70 DL/ML.
GUCOSE 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	107,463	77	35,20
12 H			
18 H			
24 H	100,70	79	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)

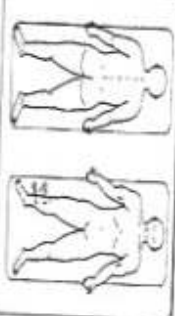
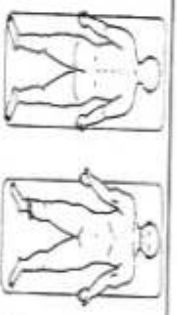
CRM/RR 1231

As 24h, sem sinais vitais alterados, sem queixas, sem alterações de comportamento.

Francisco de Assis Rodrigues
Cristina 51.375 - TE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR		Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente: <u>Wladimir Costa</u> Leito: <u>68</u>		Data: <u>21/05/2020</u>			

Localização			Região: <u>Artima Anato</u> Grau: I () II ()			Região: <u>pele no Anato</u> Grau: I () II ()
Etiologia	() L.P.P I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro:					
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros (X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:					
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo (X) Seco () Outro:					
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo (X) Seco () Molhado () Úmido (X) Seco					
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido (X) Seco					
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Alcool 70% () Outro:					
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u>esparadrapo</u>					
Troca	() 12/12 () 48/48h (X) Diário <u>diário</u> () 48/48h					
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-PA 507.795/TE		Ass. Danilo de Silva Garcia Téc. em Enfermagem COREN-PA 904.622		Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-PA 507.795/TE	
Observações:	Elisabete Carvalha Goulado Garante do Núcleo Triagem e Fortificação () 12/12 () 48/48h					



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					
IDADE	19	HAS		DM2	
LEITO	68	DATA	22/5/2020		
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
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	auto 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				
SINAIS VITA	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 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

conarnto

68
39

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 do Médico Regulador _____ CRM _____

Loanir Viana
Médico Residente de 2020
Ortopedia e Traumatologia
CRM RR 2124



Residente de Medicina e Traumatologia CRM/RR

sexta-feira, 22 de maio de 2020

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. MARCELO ARRUDA

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.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

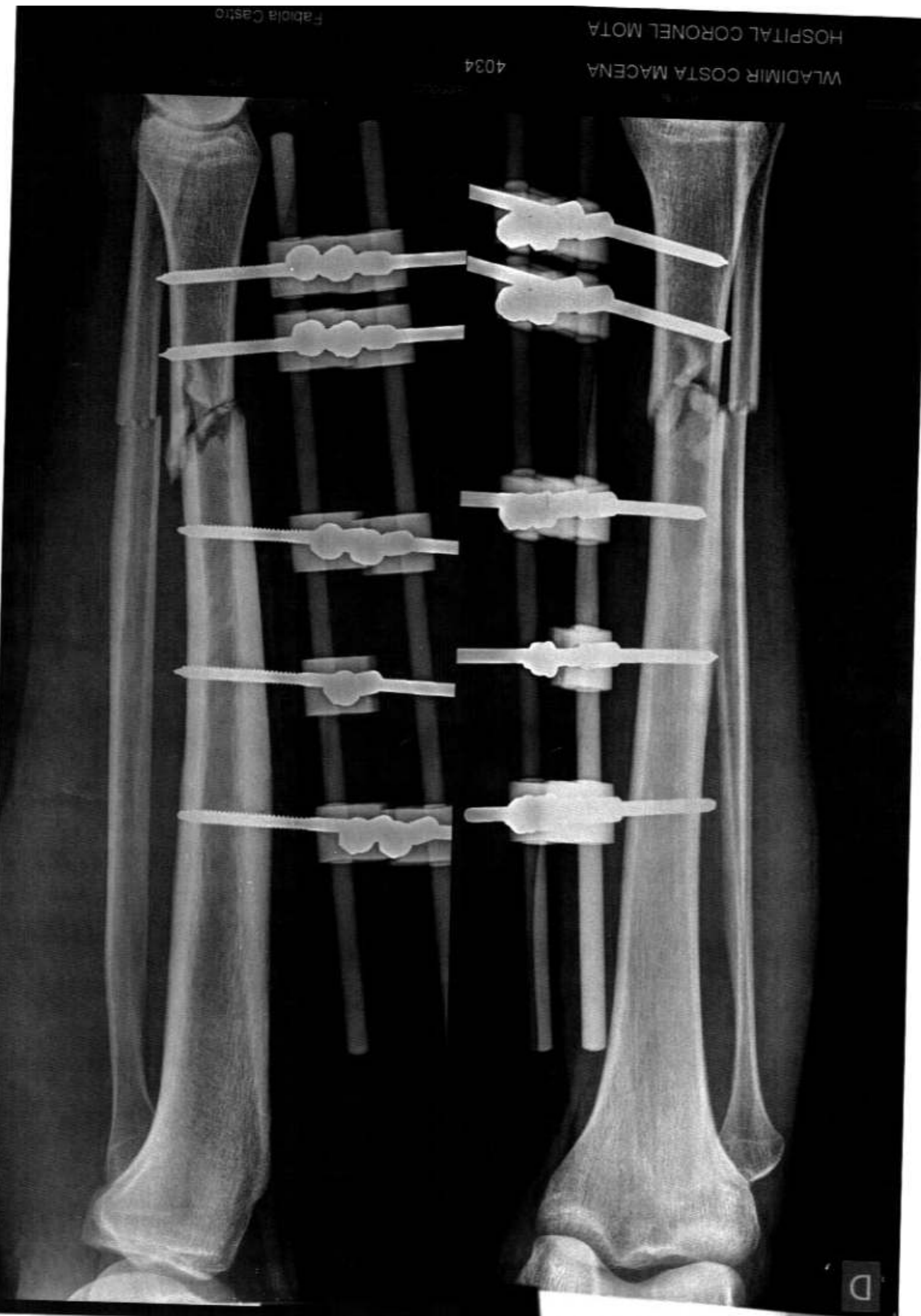
PACIENTE RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA 22/05/2020 ÀS 0 SEMANAS, COM O DOUTOR DR MARCUS BRUNNER CORONEL MOTA DEVEDO SER AGENDADA EM 01 (UMA) **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL COM ENCAMINHAMENTO PARA O

PACIENTE: **WLADIMIR COSTA MACENA**
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 16/05/2020, COM 19 DIAS, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE **FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA** E NO DIA 16/05/2020 OPERADO PELO DOUTOR DR MARCUS BRUNNER E P/DR 0 SENDO

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

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







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:

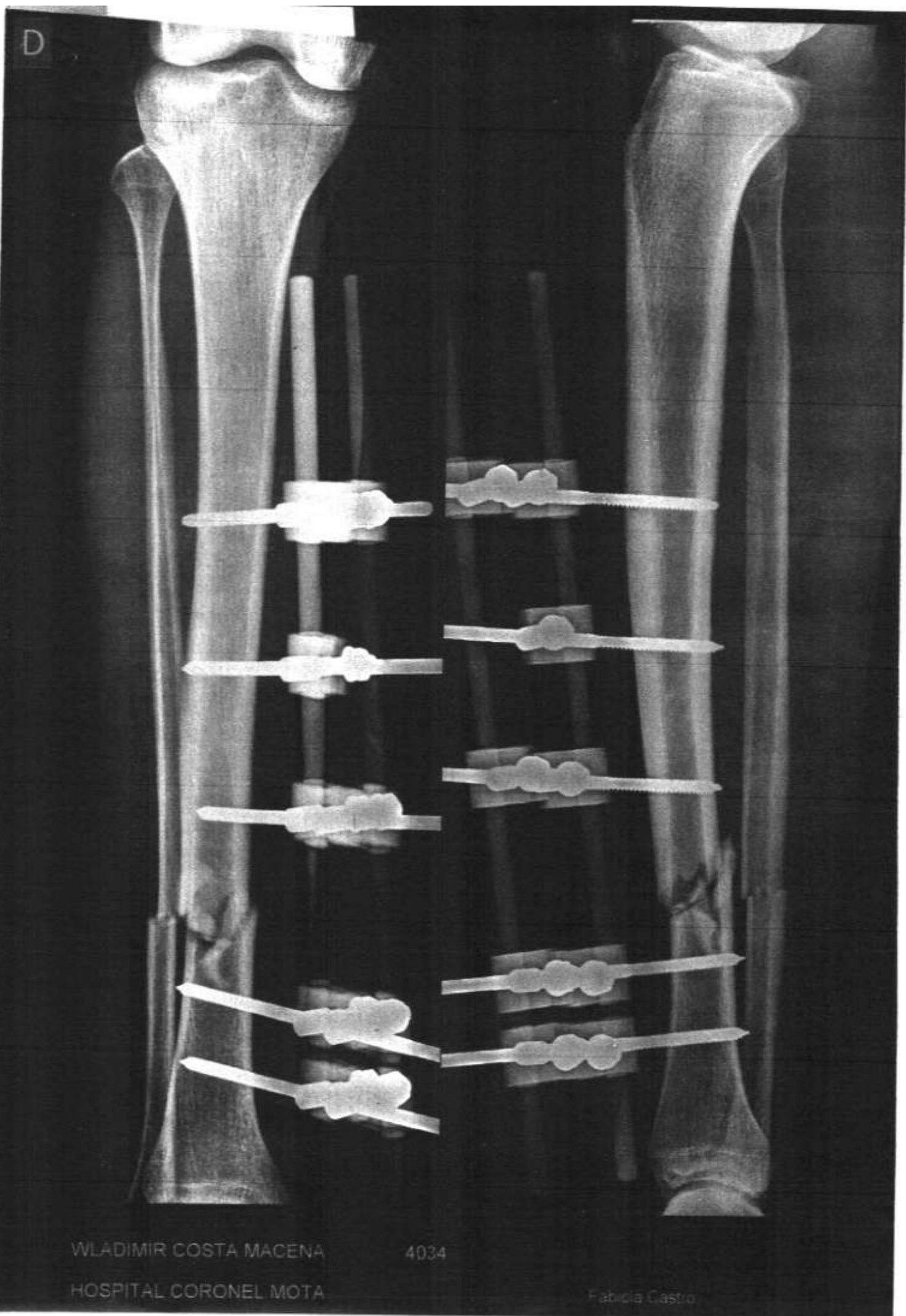
1. **NÃO** PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES;
2. **TOMAR** MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO;
3. **NÃO** RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA;
4. QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE;
5. **NÃO** PERDER RETORNO AMBULATORIAL;
6. **AGENDAR** CONSULTA AMBULATORIAL,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

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

sexta-feira, 22 de maio de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

Losmir Viana
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2124





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

Masculino ID: 9853
Unidade Mucajaí

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

19 ano(s)
Tec: TR LUZIMAR



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GILJO CRUZ		REGISTRO GERAL 239717	DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016
 Polegar Direito		WILLIAM GONÇALVES FRANCO	
		FILIAÇÃO	
		GERALDO ROCHA FRANCO	
		MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO	
		NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
		SANTA INÊS - MA	09/12/1978
		DOC. ORDEM	
		CERTO CAS 10492 FLS 292 LIV B-35	
		2 OF BOA VISTA - RR	
 ASSINATURA DO TITULAR		825.396.343-20	AMADEU ROCHA TRIANI Partido Progressista do Povo Bomero do Brasil
CARTEIRA DE IDENTIDADE		2 VIA	LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



14117.3765595.0050

Wladimir Costa Macena

PILACÃO..... VANDA RODRIGUES COSTA
VALDISONEI DIAS MACENA

NASCIMENTO.... 12/11/2000

ESTADO CIVIL... SOLTEIRO

NATURALIDADE: SÃO DOMINGOS DO ARAQUÁ - PA

DOCUMENTO.... R.O. - 869004 - 28/11/2018 - PC - MT

LEI Nº 9.048, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF..... 061.070.232-02

TIT. ELEITOR:

LOCAL DE EMISSÃO: SERTÃO - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO: 18/08/2017

CNH....

SEÇÃO:

ZONA:


João


APLICADO ASSINA NOTA ELETRÔNICA
Superintendente Regional de Trânsito e Circulação

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: 061.970-232-02 3 - CPF da vítima: 061.970-232-02 4 - Nome completo da vítima: Vladimir 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: Vladimir 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:
☒ RECURSO 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: 2066 9
(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 (vulgarmente)? ☐ 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)

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WLADIMIR COSTA
MACENA

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: 3595094
CPF: 067.970.232-02 ENDEREÇO: 51 Wladimir Costa Macena
BAIRRO: Bela Vista CIDADE: Bela Vista
CEP: 69.348 - 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: 28.929.7 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC 11 294 Laura Macena

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalididade, 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.

Bela 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

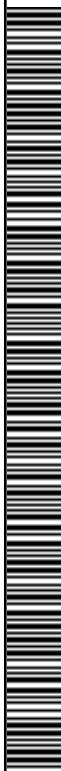
Data da apresentação: 11/09/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 16086968

Pag. 00335/00336 - carta_01 - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJXSA RW5NZ F3DTT 6XXER

ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WLADIMIR COSTA MACENA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07834

CONTA: 000000020669-5

Autenticação:

177B547C246A0B734BB99C6AB09629FD79800391CE65289FC9189EC2715AC5CC

