

## 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)
<b>Realces</b> 					
<b>Realçar Movimentos de:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
<b>Filtros</b> 					
<b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>					
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9 <span style="float: right;">500 por pág.  1</span>					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
 9	10/12/2020 17:44:18	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>		
		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
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (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.			
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> 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)			
 6	25/11/2020 17:13:33	<b>CONCEDIDO O PEDIDO</b>	Wallyson Barbosa Moura <b>Advogado</b>		
5	24/11/2020 16:09:35	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA <b>Analista Judiciário</b>		
4	24/11/2020 16:09:35	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	JARBAS LACERDA DE MIRANDA <b>Magistrado</b>		
3	24/11/2020 16:09:35	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
2	24/11/2020 16:09:35	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 4ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
 1	24/11/2020 16:09:34	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	Wallyson Barbosa Moura <b>Advogado</b>		



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	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.
<b>Declaração de Inexistência de IML</b>	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
<b>Autorização de pagamento</b>	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 n° 16092994

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://pjoiudi.tjrs.br/projudi/> - Identificador: PJXSA RW5NZ F3D7T 6XXR



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
261.970.232-02 - Wladimir Costa Macena

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

5 - Nome completo: Wladimir Costa Macena  
6 - CPF: 261.970.232-02  
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:  
Operário 57 Vasco da Gama  
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:  
Bela Vista SP 09138-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 20113-3855

DADOS CADASTRAIS

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: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos? \_\_\_\_\_

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

34 -   
Endereço  
digital da  
vítima/ben  
eficiário  
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Belo Horizonte

x Wladimir Costa Macena

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

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:  
261-970-232-02 - Wladimir Costa Macena

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Wladimir Costa Macena 6 - CPF: 261-970-232-02

7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 19113-3855

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  CONTA:   (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir) 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?

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  (Assinatura digital da beneficiária não alfabetizada) 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Brasilândia RE 10 de Setembro 2020*  
x *Wladimir Costa Macena* 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *William Gonçalves*  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA  
DELEGACIA ONLINE DE RR  
ENDERECO: 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

UF: RR

Logradouro: RUA

Nº: S/N

CEP:

Bairro: CENTRO

Tipo de local: ASSENTAMENTO RURAL

Referência: ESTRADA

Complemento: CAMPOS NOVOS

**ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE**

VLADIMIR 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 COMPARCER 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 VLADIMIR COSTA MACENA ESTAVA CONDUZINDO MINHA MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, CG 150 TITAN ES DE PLACA NAT-2891, PELA ESTRADA QUE INTERLIGA BOA VISTA/RR AO INTERIOR DE CAMPOS NOVOS, QUE AO REALIZAR A ULTRAPASSAGEM DE UM VEÍCULO NESSA ESTRADA, ATINGIR BRUSCAMENTE UM BURACO NA PISTA, QUE EM SUBSEQUÊNCIA PERDI O CONTROLE DA MOTOCICLETA, CAPOTANDO, QUE O APOIO PEGOU NA MINHA Perna, SOFRENDO UMA FRATURA EXPOSTA E RALANDO MUITO MINHAS COSTAS. QUE FUI SOCORRIDO PELA MINHA TIA NO CARRO DELA. ELA LEVOU-ME AO HOSPITAL DE CAMPOS NOVOS, NESSEATO FUI TRANSFERIDO PRO HOSPITAL DE MUCAJAI POIS NÃO TINHA MEDICAMENTOS NO HOSPITAL DE CAMPOS NOVOS. NO HOSPITAL DE MUCAJAI FUI ATENDIDO PELO MÉDICO, RECEBENDO OS MEDICAMENTOS NECESSÁRIOS, FUI LEVADO PRA SALA DE RAIOS-X AONDE BATI O RAIOS-X E FIQUEI A 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 POLICIA  
MATRÍCULA: 42000916  
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

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

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: WLADIMIR COSTA MACENA (CONDUTOR, COMUNICANTE )		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 16/11/2000 Idade: 19
Profissão: Não Informado		
Estado Civil: Solteiro(a)		
Nome da Mãe: Vanda Rodrigues Costa	Naturalidade: São Domingos do Araguaia - PA	

Documento(s)

CPF: 061.970.232-02

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: casa

Bairro: Tancredo Neves

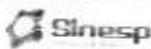
Nº: 686

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

AO COMPARCER À DELEGACIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA EM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, DE CODINOME DAT, A MESMA INFORMOU QUE NÃO ESTAVA EFETUADO REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL PRESENCIALMENTE, DEVIDO A PANDEMIA DO NOVO CORONA-VÍRUS. DEVIDO A ESSE FATO FAÇO-ME PRESENTE PARA RELATAR QUE: NO DIA E HORÁRIO ACIMA CITADO EU WLADIMIR COSTA MACENA ESTAVA CONDUZINDO MINHA MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, CG 150 TITAN ES DE PLACA NAT-2891, PELA ESTRADA QUE INTERLIGA BOA VISTA/RR AO INTERIOR DE CAMPOS NOVOS, QUE AO REALIZAR A ULTRAPASSAGEM DE UM VEÍCULO NESSA ESTRADA, ATINGIR BRUSCAMENTE UM BURACO NA PISTA, QUE EM SUCESSEUÊNCIA PERDI O CONTROLE DA MOTOCICLETA, CAPOTANDO. QUE O APOIO PEGOU NA MINHA Perna, SOFRENDO UMA FRATURA EXPOSTA E RALANDO MUITO MINHAS COSTAS. QUE FUI SOCORRIDO PELA MINHA TIA NO CARRO DELA. ELA LEVOU-ME AO HOSPITAL DE CAMPOS NOVOS, NESSEATO FUI TRANSFERIDO PRO HOSPITAL DE MUCAJÁI POIS NÃO TINHA MEDICAMENTOS NO HOSPITAL DE CAMPOS NOVOS. NO HOSPITAL DE MUCAJÁI FUI ATENDIDO PELO MÉDICO, RECEBENDO OS MEDICAMENTOS NECESSÁRIOS. FUI LEVADO PRA SALA DE RAIÓ-X AONDE BATI O RAIÓ-X E FIQUEI À ESPERA DO SAMU PRA SER TRANSFERIDO PRA O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA E 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 (não se deixará faltar de direito que sou (a) única) responsável pelas informações acima assentadas e ciência que poderão responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia, Calúnia 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 fidedigna do Original.

De Vista,.....

09 de Setembro de 2020  
Wladimir Costa Macena - 22516684



## 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:  
261.970.232-02 - Wladimir Costa Macena

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

5 - Nome completo: Wladimir Costa Macena

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:  
Operário 51 Vasco da Gama 1000 16 - CEP: 69.348-000  
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 17 - Tel.(DDD): 70113-3855  
15 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não  
teve filhos? teve irmãos?

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  
Introdução  
digital da  
assinatura  
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, *Brasil/2020*

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

TESTEMUNHAS



**RORAIMA ENERGIA**

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Eraldo Carreto, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 03.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

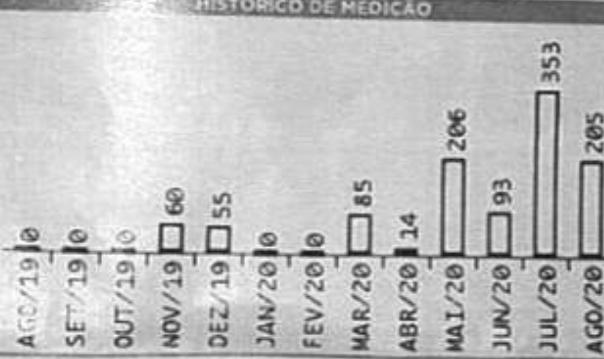
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0549850-3

Nº da Nota Fiscal: 5742344

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é fixada  
pela Lei nº 10.438 de 26 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			
DADOS DA LEITURA (kWh)		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	95	Grupo/Subgrupo:	4.2.2.1
Anterior:	75	Classe/Subclasse:	RURAL
Dias de consumo:	29	Ligaçao:	MONOF
Constante de Multiplicação:	1.000	Número Medidor:	TDM1981181
Consumo medido:	205	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	205	Modalidade:	CONVENC
CONSUMO			
205 A R\$ 0,597365 = 122,45			
CORR MONETARIA TCD (1G 7/15) 2,28			
CORRECAO MONETARIA IGPM (4X) 5,01			
MULTA POR ATRASO (4X) 8,96			
PARCELAMENTO DE DÉBITO 7/15 52,13			
JUROS DE MORA DE IMPORTE (4X) 8,83			
OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDICÃO	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0,4 205 - 0,469500			
Média 12 meses:			
		LIGUE 08007019120 E FACH (FON) VENCIMENTO 1 E 11 16 21 26 Parabéns! Até o dia 05/08/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.	
MENSAGENS IMPORTANTES			
REAVISO DE VENCIMENTO			
RESERVADO AO FISCO 74FA.7500.B299.EDEF.A191.5F02.1C62.382D			
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			
Energia:	64,46	Encargos:	3,54
Distribuição:	28,21	Tributos:	26,28
Transmissão:	9,99		
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$			
Base de Cálculo:	122,45	Alíquotas:	ICMS: 17,00% 20,81 CPI: 6,55% 8,38 COFINS: 3,75% 4,59
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DÍC		FIC	
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Límite	0,00	0,00	0,00
Realizado	0,00	0,00	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 <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>19-FEB-20 a 23-MAR-20</b>
CONSUMO (kWh) <b>675</b>	VENCIMENTO <b>06-APR-20</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>

### 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



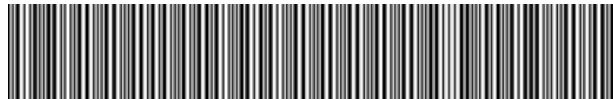
## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Ouvintoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 525.396.343-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Wladimir Leste Marinho inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.970.232-02  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Wladimir Leste Marinho  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.970.232-02, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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>299</u>	Complemento:	<u>1020</u>	
Bairro:	<u>laura Moreira</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>	
E-mail:	<u>W.Krampe.992.6@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





AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO  
HOSPITALAR - AIH

Dados do Paciente

Estabelecimento Executante  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

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

Endereço  
RUA - JOAO EVANGELISTA PEREIRA DE MELLO

Município  
BOA VISTA

Fone p/ Contato  
140010

Fone p/ Contato

Número  
686

Bairro  
TANCREDO NEVES

UF  
RR

CEP

Dados da Internação

CPF Médico Sol - CRM

1917

Médico Solicitante

marcus brunner

Cartão SUS

Procedimento Solicitado

04-08-05 - 050-0

Procedimento Principal

Esp

C. Int

CID P

CID S

CID CA

M. Sa

SP02 W497 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		30	01 202-01	1917			
02	02		16	01 44-01	2015		01	
03	06		109	01 213-01	2025		01	
04	07		053	01 36-01	1217		01	
05	07		27	01 1272-01	1231		01	
06	0+		36	01 1727-01	2124		02	
07	01	04-01-01-001-5	42	01 26-01	46857		01	
08	57	2020-05	34	01 1806-01	12		01	
09			1239	01 28-01			05	
10			37	01 29-01				
11	(EB)		55	01 37-01				
12			31	01 41-01				
13			33	01 (6851) (25)				
14								
15	03	02 030406	202758	16105120	99	129	01	

Autorização

Nome Médico Autorizado

Ronan Pacheco de Carvalho

Data Autorização  
16/05/2020

CPF Autorizado  
768.264.736-15

CNS Autorizado  
898 0007 5018 1917

Nome do Médico Auditor

Data Auditada  
/ /

CPF Auditor

CNS Auditor

FATURISTA  
Ronan Pacheco de Carvalho  
CONTADOR E CONTROLE AUDITOR  
03-06-2020



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>		
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE 4 - CNES	
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE <b>Wladimir Costa Macena</b> 6 - N.º DO PRONTUÁRIO <b>179996</b> 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <b>8980105173706106</b> 8 - DATA DE NASCIMENTO <b>27/11/2000</b> 9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>Andrea Rodrigues Costa</b> 11 - TELEFONE DE CONTATO <b>95991406000</b> N.º DO TELEFONE	
12 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO) <b>Rua Sac Fanguista Demira de Melo 686 Centro Neves</b> 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>BV</b> 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <b>14000</b> 15 - UF <b>RJ</b> 16 - CEP		17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b> Paciente com fratura exposta de ossos do punho direita. Realizado fixação externa. Interno paciente de tratamento clínico mais programação cirúrgica definida.	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>às acima</b>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <b>ERAM FÍSICO + RX</b>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Fratura de Punho direito</b>		21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b> <b>Internação</b>			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <b>Internação</b>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <b>00000000000000000000000000000000</b>	
26 - CLÍNICA <b>CRM-RR 2124</b>		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <b>31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 30/05/2020</b>	
28 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>CRM-RR 2124</b>	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>DR. MORGES BRUNNER</b>		32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>Dr. Marcus Brunner</b>	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>			
33 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - N.º DO BILHETE 38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR		43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>Dr. Marcus Brunner</b>	
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR <b>CRM-RR 1917 REG 023</b>		45 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	
46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>04080505000000000000000000000000</b>		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>16/05/2020</b>	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <b>Dr. Marcus Brunner</b> <b>CRM-RR 1917 REG 023</b>			
49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <b>04080505000000000000000000000000</b>			



## BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 16/10/2020 O.S. \_\_\_\_\_

WLA DIMIR COSTA MACENA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fr exposta ao osso da perna (D)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: Colocação de Fixador Externo

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO: Dr. MAGALY BRUNNER

2º AUXILIAR: Lo Amorim

3º AUXILIAR: Dr. MÁRCIO BRUNNER  
Ortopedista e Traumatologista

ANESTESISTAS: CRM-RR 10172 ROC B23

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

INÍCIO: 4

FIM:

DURAÇÃO:

### RELATÓRIO CIRÚRGICO

① PCTE em PDM + Anestesia;

② AA + CCE;

③ Lavagem exaustiva cl soro fisiológico 0,9% 10Litos;

④ Exploração e redução fratura no fêmur fraturado;

⑤ Colocação de Fixador Externo;

⑥ Lmc + Sutura + curativo;

⑦ RPA.

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

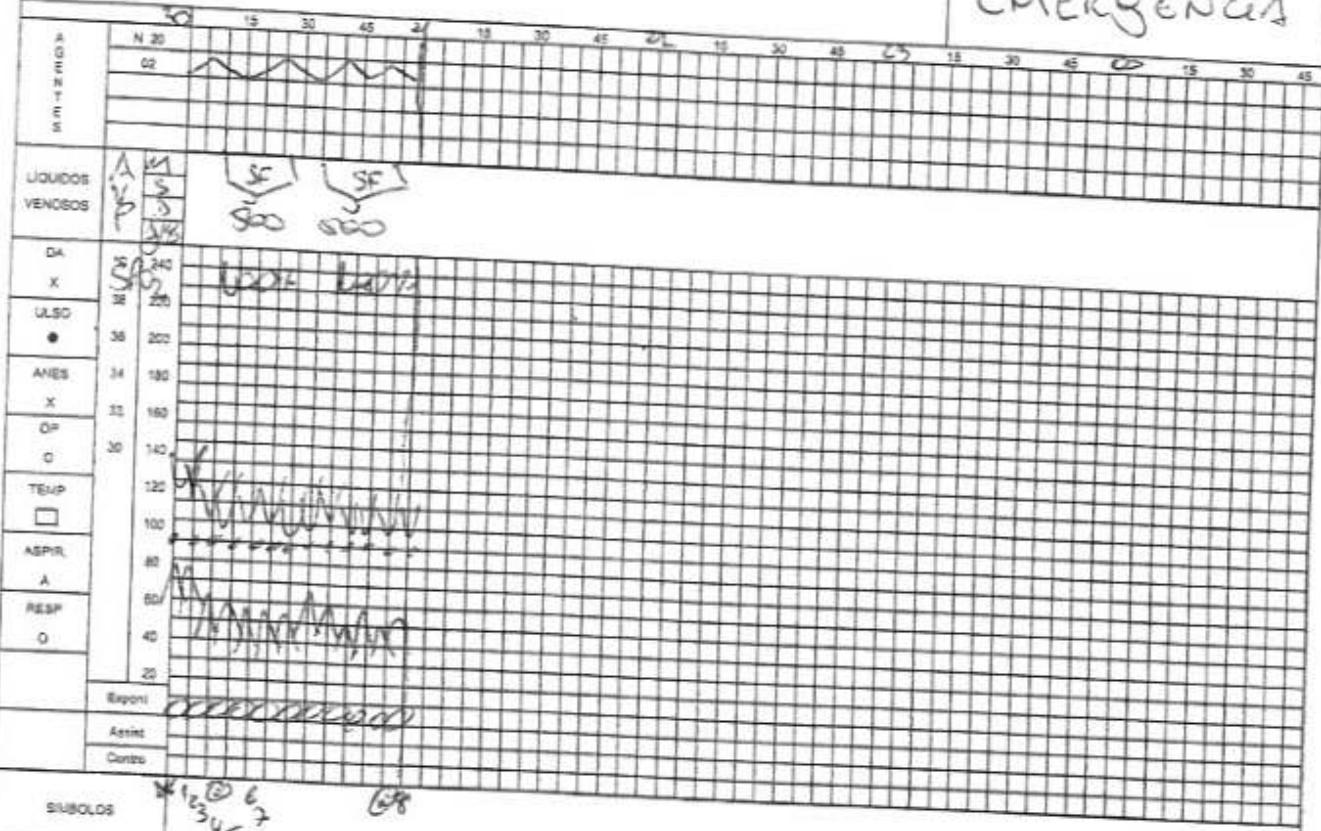
FICHA DE ANESTESIA

Wladimir Costa Macêas, 19a

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

EMERGÊNCIAS



ADVENTES	DOSSES	TÉCNICA	ANOTACOES
A. Propofol 0,5g. long	0,5g	Inhalatório (ambu cônus 1/2-1/4 com regulos de anestesia na 265, respiração, Síntesis, 60s Vitória/ventilação. ter cloro.	1. Mantenimento + cloro 60s 2. Oferta de O2 em ca 3. Fármaco 3mecg + midazolam 6mg 4. Reguladores com 5mecg hiperbônico 0,5% 20mg 5. Unidose 400g 6. Gantacum 240g 7. Cetofenox 100g
B. Fentanyl	0,05		
C. Fentanyl			
D.			
E.			
F.			
G.			
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Cáncula - Naso / Oro Faringea Naso / Orotraqueal - Cega Bal - Temp - Calibre do Tubo Bob Máscara Dificuldade Técnica	Sum Jún
NCDO			
SANGUE			
ST 0,9%			
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			
Fx Fractura de tibio diante		Laringo - Espasmo - Excesso Seco Desenvolvimento Respiratório - Hipoxia 'Bucking' - Vômito	
ANESTESIA			Hemorragia - Arteria Bridi Taquicardia - Choque
ACLS	CÓDIGO	Dr Marcus Brumman	PERDA SANGUÍNEA
024			

Bruno Thiago O. C. Pinto  
MÉDICO  
CRM-RR 1025

7. De Autópsia
8. SNPs

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Waelvina Costa Menezes	CIRURGIA		10/10/2020

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
Fratura exposta Tibia (Fixação externa)	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	20.20	21.00	

CIRURGIÃO	Dr. Marcos	ANESTESISTA	Dr. Hilton
1º AUXILIAR	Dr. Lael R.	RES. ANESTESIA	Dr. Celso
2º AUXILIAR	Dr. Joana	INSTRUMENTADOR	

TIPO DE ANESTESIA	CIRULANTE		
REGI	Waelvina + Valéria		

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	TEMPO DE DURAÇÃO	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCIS COMPRESSAS C/03 UNID		200		FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500ml	
	PACOTES GAZE				FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LEVA ESTERIL 7.0				FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LEVA ESTERIL 7.5				FIO VICRYL N°	
	LEVA ESTERIL 8.0				FIO MONONYLON N° 2.0	
	LEVA ESTERIL 8.5				FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
	LEVASP PROCEDIMENTOS				FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
	LÂMINA BISTURI N° 15				FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUÇÃO N°				FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°				FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSEN N°				FIO SIDA 0.00000	
	SERINGA 01ML				SURGICEL COTTON 02	
	SERINGA 03ML				GERA P. OSSO	
	SERINGA 05 ML				KIT CATARATA 0.00000	
	SERINGA 10ML				GEOFOAM	
	SERINGA 20ML				FITA CARDIACA	
					OUTROS 1000ml	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	LOR	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHTL Aline Alessandra		MATERIAL MEDICAMENTOS	
FUNCTIONARIO CACU LOS	CIRULANTE DE SALA		TAXA DE SALA	
			TAXA DE ANESTESIA	
			SOMA	
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

ONTOSINTSE IND. E COM. LTDA  
Tel.: 55 10 39494000  
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300  
Ref. 4747/02 Lote: 19E 003740  
Registro ANVISA: 10223710009

10/12/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: DOCS

INSCRIÇÃO - FUNDUS - AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, S/N NOVO PLANALTO Bela Vista-RR  
Nº. 000.000.129  
Série 001

Nº. 000.000.129  
Série 001

## IDENTIFICAÇÃO DO EXIBYU

QUANTUM EMPREENDIMENTOS EM SAÚDE LTDA-EPP  
AV. MARIO HOMEM DE MELO, 191-A  
CENTRO - 69301-200  
Bela 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



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

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE LSO

314190003407858 - 30/12/2019 10:48:31

CNPJ

10.631.897/0001-05

## TURFA DA OPERAÇÃO

INSCRIÇÃO ESTADUAL VENDA

240161736

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

DESTINATÁRIO / REMETENTE  
ME/RAZÃO SOCIAL

UNDO ESTADUAL DE SAÚDE DE RORAIMA - FUNDUS

V. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, S/N

da Vista

ÁLCULO DO IMPOSTO

RECALC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALC. ICMS	VALOR DO ICMS	V. IMP. INSCRIÇÃO	V. ICMS (FRETE)	VALOR DO FCP	VALOR DO PIS	VALOR DO COFINS	TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	91.600,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO FRETE	DISCOUTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL INI	V. ICMS (FRETE)	V. TOT. FCP	V. TOT. PIS	V. TOT. COFINS	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	91.600,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

ME/RAZÃO SOCIAL

DÉRCIO	FRETE POR CONTA	CONHEC. N.º	PLACA DO VEÍCULO	LNF	CNPJ / CPF
QTD		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ESPECIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO

## IDOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	Q/DT	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	RECALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IP	ALIQ. ICMS	ALIQ. IP
17.02.03.04-6	FIXADOR EXTERNO LINEAR 250 MARCA ORTOSÍNTESE, LOTE: 191001220(10UN.) 19K005177(9UN.) 19K005178(1UN.)	90211020	0400	5103	UNID	35.0000	600,0000	15.000,00	0,00	0,40	0,00	0,00	0,00
17.02.03.04-6	FIXADOR EXTERNO LINEAR 300 MARCA ORTOSÍNTESE, LOTE: 19E003738(8UN.) 19E003740(7UN.) 19E003741(5UN.)	90211020	0400	5103	UNID	30.0000	600,0000	18.000,00	0,00	0,40	0,00	0,00	0,00
17.02.03.04-6	FIXADOR EXTERNO LINEAR 350 MARCA ORTOSÍNTESE, LOTE: 19K003124(13LN.) 19K003124(15UN.) 19K003125(15UN.)	90211020	0400	5103	UNID	43.0000	600,0000	25.800,00	0,00	0,40	0,00	0,00	0,00
17.02.03.04-6	FIXADOR EXTERNO LINEAR 350 MARCA ORTOSÍNTESE, LOTE: 19K003126(15UN.) 19K003127(10UN.)	90211020	0400	5103	UNID	25.0000	600,0000	15.000,00	0,00	0,40	0,00	0,00	0,00
17.02.03.04-6	FIXADOR EXTERNO LINEAR 400 MARCA ORTOSÍNTESE, LOTE: 19K002470(12LN.)	90211020	0400	5103	UNID	12.0000	600,0000	7.200,00	0,00	0,40	0,00	0,00	0,00
17.02.03.04-4	FIXADOR EXTERNO PARA PUNHO, MARCA ORTOSÍNTESE, LOTE: 19E001139(5UN.) 19E001141(5UN.)	90211020	0400	5103	UNID	20.0000	330,0000	6.600,00	0,00	0,40	0,00	0,00	0,00

## IDOS ADICIONAIS

## FORMAÇÕES COMPLEMENTARES

1. Fisco: PROCESSO N° 007273/19-33  
2. TA DE EMPENHO: 20601.0001.19.02/04-3 DAISOS BANCARIOS: BANCO DO BRASIL  
3. TIENDA: 28174 CONTA CORRENTE: 58144-9  
4. EMPRESA OPTANTES PELO SIMPLES NACIONAL

RESERVADO AO FISCO

Feito em 22/01/2020 às 12:43:01

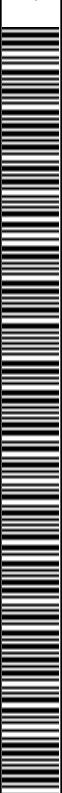
Gerado em www.projudi.br



Nome: Wladimir Costa MoreiraData de Nasc: 12 / 01 / 2000 Idade: 19 anos Setor/Leito:Data: 16 / 05 / 2020

## SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

### CENTRO CIRÚRGICO/SRPA



DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		INTRA-OPERATÓRIO				SRPA	
Cirurgia Proposta: <u>Extrato tórax</u> ( )		Entrada na Sala	Ínicio da Anestesia	Ínicio da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia
1. Informações: Jejum ( ) Sim ( ) Não Prótese ( ) Sim ( ) Não Exames ( ) Sim ( ) Não Reserva UN ( ) Sim ( ) Não lateralidade ( ) Sim ( ) Não PNE ( ) Sim ( ) Não Alergia ( ) Sim ( ) Não Quais: _____ Reserva de Hemoderivado: _____ ( ) Sim ( ) Não Outros: _____		20:00	20:40	20:30	21:00		Posicionamento
2. Chegou ao Centro Cirúrgico: ( ) Desambulando ( ) Consciente ( ) inconsciente ( ) Com Suporte de O2 ( ) TOT							Localização
3. Sinais Vitais: T _____ °C R _____ bpm FC _____ bpm PA _____ mmHg SAT _____ %							Horário
4. Anotações (Admissão do Paciente): ( ) regular ( ) irregular							T
							FC
							PA
							SPO2
							ALDRE- TE
							DOR 0/10
5. Exames na SO: ( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) RX ( ) Gasometria ( ) Outros: _____							
6. Legenda: 1. Eletrodos ✓ 2. Oxímetro ✓ 3. Manguito PA ✓ 4. Placa de Bisturi ✓ 5. Incisão ✓ 6. Cateter O2 ✓ 7. Venoclise ✓ 8. Dreno 9. SNG/SME 10. Garrote							
11. TOT ( ) Não ( ) Sim N° _____ 12. SVD ( ) Não ( ) Sim N° _____ 13. Outros: _____							
Sinais Vitais: Saída da SO T _____ °C R _____ bpm FC _____ bpm PA _____ mmHg SAT _____ %							
Ative J.S. Oliveira Enfermeira DIRETOR SRPA							
Destino: ( ) SRPA ( ) UTI ( ) outros: _____							
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)							
Ponto novo em dia. Aguardo. Tomar p/ KC. A. Almeida (Assinatura)							

)



blc. E - Uto 65

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

DATA DE ADMISSÃO DIH DN  
PACIENTE *Wlc di min costas na anca*  
AGNÓSTICO *fx luxação de ossos do punho & + q- valangado*  
ALERGIAS HAS NEGA DM2 NEGA  
IDADE LEITO DATA  
ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO  
1 DIETA ORAL *l7:00, liberar após 6h* S/N  
2 ACESSO VENOSO PERIFERICO *12:12h* S/N  
3 SF 0,9% 500ML EV S/N *12:12h* S/N  
4 DIPIRONA 500MG EV 6/6H *22:12h* S/N  
5 OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA *24:06:20* S/N  
6 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA *26/06/14* S/N  
7 NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 *EN* S/N  
8 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h *EN* S/N  
9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N *22:06:14* S/N  
10 CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H *EN* S/N  
11 CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H *12/12h* S/N  
12 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG *EN* S/N  
13 SSVV + CCGG 6/6 H *EN* S/N  
14 CURATIVO DIÁRIO  
15 *Clorotetracina 1S EV de 616h (suspenso)*  
16 *Gentamicina 24cm² EV 1x/dia 22:12h*  
17 *Cefotaxima 18 (EV) 12:12h*  
18 *06:18h*  
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  
DUML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTERICO, 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			

14:06:00 h

PA = 130 x 80

FC = 98

T = 36°C

Tec. Lucca.

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

Dr. Lourival Viana  
Residente  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-RR 1224

Patrícia Cabral  
Tec. Enfermagem  
COREN-RR 537 176

22:00 Socinte admitida, paciente de confusão, com dor p/mbiente.

Kátia Maia S. de Castro  
Enfermeira  
CRM-RR 121.160-ENF



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

RETAGUARDA

Eu Wladimir costa mccc CPFnº \_\_\_\_\_

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 médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirmei que recebi explicações, li, comprehendo, 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:

CPFnº:

Grau de Parentesco:

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmo 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 2020 Hora:

Nome Completo:

*Loanir Viana*  
Médico Regulamentado de 2020  
CRM-RR 2124

Assinatura do Médico:

Assinatura/ carimbo do Medico Regulador

CRM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	<b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>									
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>						2 - CNES					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO						3 - CNES					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO						4 - CNES					
<b>Identificação do Paciente</b>						5 - N° DO PRONTUÁRIO					
5 - NOME DO PACIENTE <b>WLADIMIR COSTA MACENA</b>						6 - DATA DE NASCIMENTO					
						12 / 11 / 2000	7 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> Mas. <input type="checkbox"/> Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3				
						8 - TELEFONE DE CONTATO 000	9 - RAÇA/COR 10 - RAÇA/COR 100				
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE				
13 - NOME DO RESPONSÁVEL						14 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE	15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA						17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP			
<b>20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b> <b>Paciente com história 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 nosocomio para seguimento de programação cirúrgica.</b>											
<b>21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b> As acima											
<b>22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b> <b>EX CLINICO + COMPLEMENTARES</b>											
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>FRATURA DE OSSOS DA PERNAS DIREITA</b>			24 - CID 10 PRINCIPAL		25 - CID 10 SECUNDÁRIO		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
<b>27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b> <b>INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>											
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO											
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 4 4 6 2 9 4 4 3 2 - 1 6		33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>ITAMAR DE BRITO TRAJANO FILHO</b>			
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 18 / 05 / 2020		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Itamar Brito Trajano Filho</i> Endereço: Rua 1227 Número: 539 Bairro: Centro Cidade: Rio de Janeiro UF: RJ CEP: 22240-122		36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - N° DO BILHETE		41 - SÉRIE							
42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA		44 - CBOR							
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR		( ) AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO		( ) APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO							
<b>46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>											
<b>AUTORIZAÇÃO</b>											
47 - COD. ORGÃO EMISSOR		52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR									
48 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		49 - N° 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 PERNAS D

#### História da Doença Atual:

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

Ao exame: BEG, vigil, 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, panturilhas livres, sem edemas.

CD: ~~Comando de hidratação~~. Suporte clínico mantido. PROGRAMAR CIRURGIA

Dr. Joaquin Teixeira Filho  
Clínica Médica RQE 539  
Santos - SP  
CNPJ: 25.388.200/0001-50  
Cadastrado: 12/05/2017

68

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO	16/05/2020		DN	12/11/2020
PACIENTE	Waltermir Cenca Macena			
DIAGNÓSTICO	FX Eccesta de Ossos da Perna (1)			
ALERGIAS	HAS		DM2	
IDADE	19	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			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	METROTROTONIDAZOL 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				
EVOLUÇÃO MÉDICA:				

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

#### RISCO OK

#### AG CIRURGIA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	94/60	64		36,2
12 H	120/80	65		35,6
18 H	120/80	92		35,900
24 H	112/67	82		36,3

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

medicamentos e  
seus resultados  
e. p.m.  
Marizelma Sampaio Ferreira  
COREN-RR 754419 TE

12. col. bifeudo SSUV, adm. a med. c DM.  
adm. item 5. as 12h, 2etx com alpia.

68

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO				DN
PACIENTE <b>WLADIMIR COSTA MACENA</b>				
DIAGNÓSTICO		<b>FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNAS DIREITO</b>		
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE	19	LEITO	68	DATA 19/5/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM			ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA			6 PM
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			ROTTINA
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 ≥ 10% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:				

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	116x60	69		36,8
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 medicamentos SSVV matutino  
Trocadro AVP.

Medicamento: SSVV  
Trocadro: AVP  
Data: 10/12/2020  
Assinatura: [Signature]

19as 07 hs o paciente medicado CPM, não admis  
mistrado ítem (2) não veio da farmácia,  
apenas os SSVV.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

<b>HGR</b> Hospital Regional de Goiânia	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas –	Protocolo nº 1 Paciente: <i>WADIMAR CARVALHO</i>	Versão:08 Data: <i>19/05/2020</i>	Elaborada: 02/2013 Atualizada: 2/2020
	HGR	Leito: <i>68</i>	Data: <i>19/05/2020</i>	

Observações:

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação destes em <https://projudi.tjrs.br/projudi/> - Identificador: PJXSA RW5NZ F3DFT 6XXER

68

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO				
PACIENTE		WLADIMIR COSTA MACENA		
DIAGNÓSTICO		FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNAS DIREITO		
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	19	LEITO	68	DATA 20/5/2020
ITEM	PREScrição			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM			ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA			6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN			5
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN			SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN			SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H			ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO			MANHÃ
15	CEFOTAXIMA 500MG EV 6/6H			12:18:24
16	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H			08:16:24
17	S/ EM			98
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 DM/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA.				
EVOLUÇÃO MÉDICA:				

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

#### RISCO OK

AG CIRURGIA				
SINAIS VITAIS	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 1731

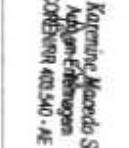
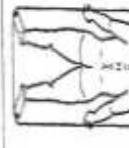
12:00h. adm. item 15, item 16 não adm.  
sem Prescrição Médica no setor  
Circo

Não foi adm. o medicamento omeprazol 40mg EV  
Porque o farmacêutico não disponibilizou  
Prof. Sem anestesia no momento  
SS-IV Realizado no período  
éito a troca de medicamento no momento

Gerlândia R. Colares  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 030.015

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR		Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Paciente: <i>Ulandiwin Cote moane</i>	Leito: 68		Data: 20 / 05 / 2020		

Localização	 		Região: <i>AXD</i>	
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> I.PP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> <u>Ortopedia</u> <input type="checkbox"/> Outro:		 	Região: _____
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Íritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Íritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Solução de Limpeza <input type="checkbox"/> Cobertura primária <input type="checkbox"/> Troca		<input type="checkbox"/> Solução de Limpeza <input type="checkbox"/> Cobertura primária <input type="checkbox"/> Troca	
Profissional que realizou procedimento:	<i>Jane Karine Maedo Souza</i> <i>Assistente Enfermeira</i> <i>Codef 402 5402 AE</i>	<i>Emilia da N. S. S.</i> <i>Enfermeira</i> <i>Codef 402 47302 AE</i>	<i>Mônica Reis Farias</i> <i>Enfermeira</i> <i>Codef 402 39252 AE</i>	<i>Carvalho Góis</i> <i>Enfermeira</i> <i>Codef 402 39252 AE</i>
Observações:	<p><i>Corrigir</i></p>			

### Observações:

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validacão deste em <https://prouniudiv.tirr.jus.br/br/ajud/> - Identificador: P1YSA RW5NZ E3DTT 6XXXER

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				
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					
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					ROTA
10	CURATIVO DIÁRIO					MANHÃ
15	CEFOTAXIMA 500MG EV 6/6H					06 12 18 21
16	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H					08 18 24
17						
19						
20						
22						
23						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
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 GLUCOSE ≤ 70 DL/ML. GLUCOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	107x62	77		35,20
12 H				
18 H				
24 H	100x70	79	20	36,90

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Orton)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2035

Bruno Vieira (Res Ortop)

CBM/RR 1231

AS 24 sets, Amazônia 1995  
Mato, Ribeirão Cuiabá 04 a 10 km  
a leste de Cuiabá.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

<b>Núcleo de Enfermagem em</b> <b>Tratamento de Feridas –</b> <b>HGR</b>	<b>Protocolo nº 1</b>	<b>Versão:08</b>	<b>Elaborada: 02/2013</b>	<b>Atualizada: 2/2020</b>
<b>Paciente:</b> <i>Vladimir Costa Macena</i> 68	<b>Leito:</b> <i>24 051 0020</i>			

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScriÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DN	
PACIENTE	WLADIMIR COSTA MACENA				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNAS DIREITO				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	19	LEITO	68	DATA	22/5/2020
ÍTEM	PREScriÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				06 12 18 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
15	CEFOTAXIMA 500MG EV 6/6H				06 12 18 24
16	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H				08 16 24
17	até hospitalar				
19					
20					
22					
23					
EVOLUÇÃO MÉDICA:  SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 16 UI E OU GLICOSE < 70 DM/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS 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 PERNAS 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 0, 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 RAIO 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  
CRM-RR 7124

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

**RETAGUARDA**

Eu Vladimir Costa Moraes CPFnº \_\_\_\_\_

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 médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirme que recebi explicações, li, comprehendo, 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

CPFnº:

Grau de Parentesco:

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirme 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:

CRM-NR/CRF-NR:

Assinatura do Medico Regulador

CRM



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



Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR  
Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR  
Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

sexta-feira, 22 de maio de 2020

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

1. NAO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES;
2. TOMAR MEDICAGAO PREScrita PELA MEDICO;
3. NAO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAGAO MEDICA;
4. QUANDO NECESSARIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAUDE;
5. NAO PERDER RETORNO AMBULATORIAL;
6. AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RAI0 X COM 01(UM) DIA DE ANTECEDENCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

#### ORIENTACOES GERAIS:

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATORIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM 01 (UMA) SEMANA, COM O DOUTOR DR MARCUS BRUNNER

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 22/05/2020 AS 00H00, EM BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

OPERAÇÃO PELO DOUTOR DR MARCUS BRUNNER E P/DR 0 SENDO FIXADOR EXTERNO

16/05/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO ORTOPEDICO DE DIAGNOSTICO DE FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNAS DIREITA E NO DIA 19 DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 16/05/2020, COM 19 Wladimir Costa Macena

PACIENTE: Wladimir Costa Macena

16/05/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO ORTOPEDICO DE DIAGNOSTICO DE FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNAS DIREITA E NO DIA 19 DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 16/05/2020, COM 19 Wladimir Costa Macena

16/05/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO ORTOPEDICO DE DIAGNOSTICO DE FX EXPOSTA DE OSSOS DA PERNAS DIREITA E NO DIA 19 DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 16/05/2020, COM 19 Wladimir Costa Macena

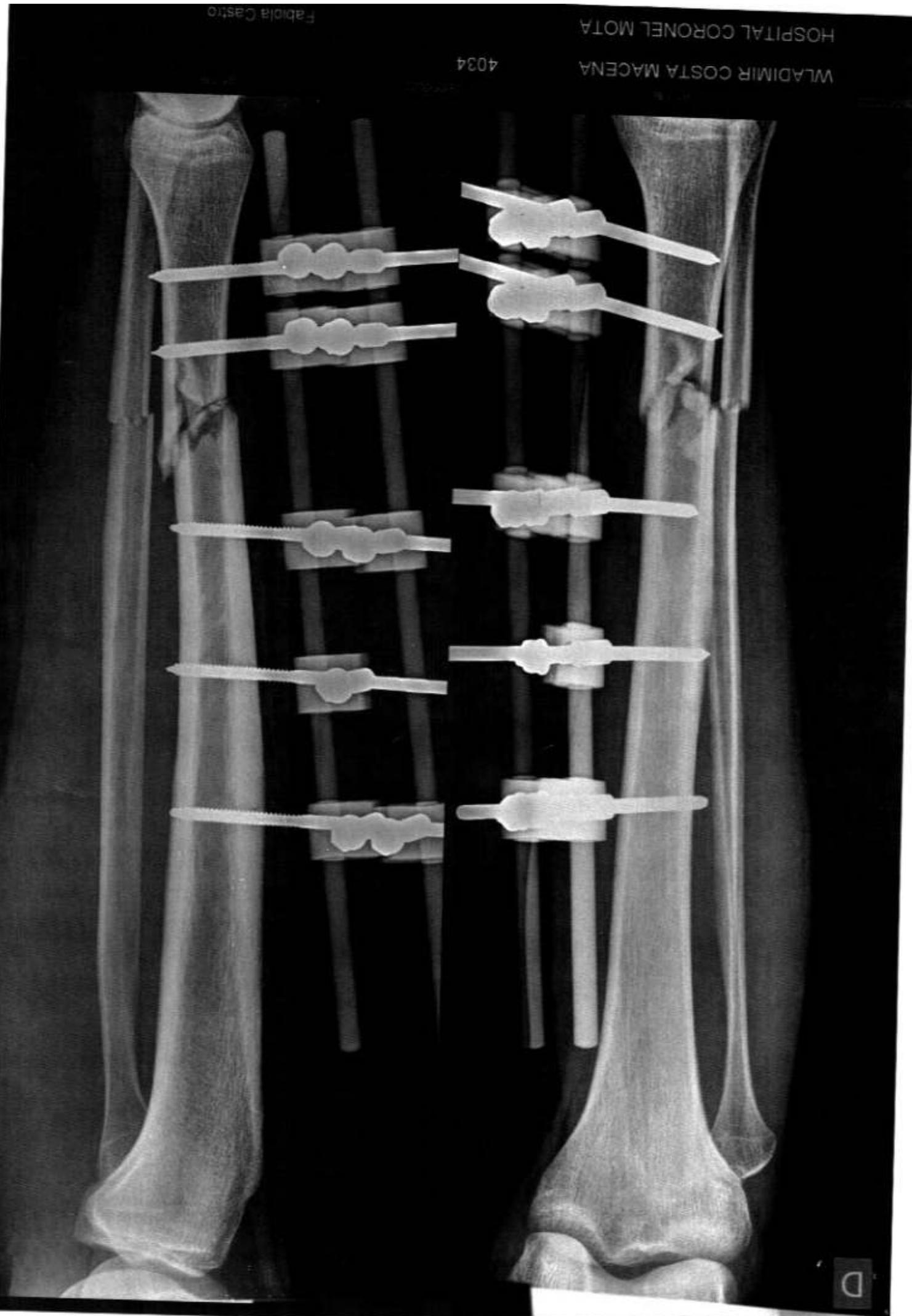
## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

SERVICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAUDE DE RORAIMA - SESAU/SUS

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

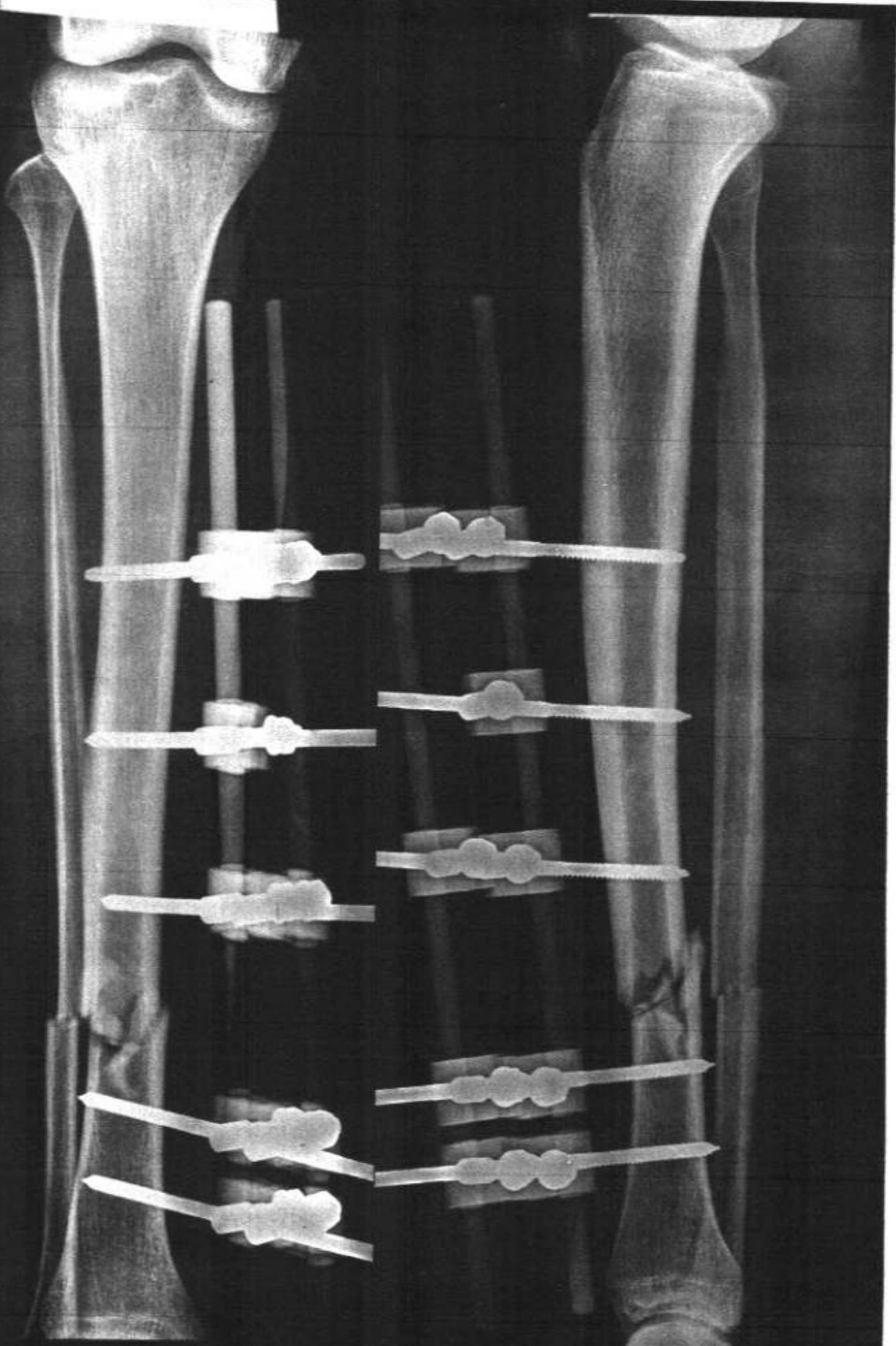
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALA SOB ORIENTAÇÃO DO DR. MARCELO ARRUDA

sexta-feira, 22 de maio de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

Logotipo de Marcelo Arruda  
Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM-RR  
CRM-RR 2124

D

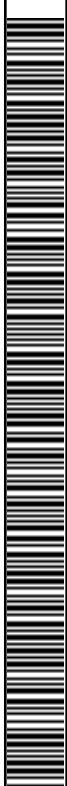


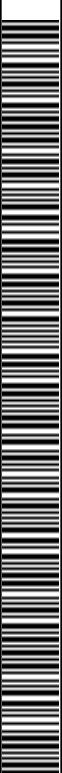
WLADIMIR COSTA MACENA

4034

HOSPITAL CORONEL MOTA

Fábio Gastro









VLADIMIR COSTA MACENA

MATRÍCULA: 41773785595650-26  
NASCIMENTO: 12/01/192000  
ESTADO CIVIL: SOLITÁRIO  
NATURALIDADE: SÃO DOMINGOS DO ARAGUAMA - PA  
DOCUMENTO: R.D - 8598084 - 30/12/2018 - PC - MT

LEI Nº 8.009, DE 19 DE MAIO DE 1990

CPF: 061.970.232-02

CHN: 1  
SÉC: 0

ZONA:

LOCAL DE EMISSÃO: ANTELES - BOA VISTA  
DATA DE EMISSÃO: 19/09/2017



166.68397.46-9

3765595

0050

RR

Vladimir Costa Macena



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 061.970.232-02 4 - Nome completo da vítima: Wladimir Costa, Marina

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

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

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

### 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Cäbá 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 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Boa Vista, RR 28 de Setembro de 2020*

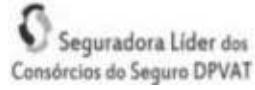
*Wladimir Costa, Marina*

*William Gonçalves*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (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](http://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 Macêncio  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
PROFISSÃO: autônomo  
CPF: 061.970.332-02 ESTADO CIVIL: Solteiro  
BAIRRO: Centro RG: 3595094  
CEP 69.318 - 000 ENDEREÇO: ST 10050-000  
CIDADE: Paraná

VÍTIMA: Wladimir Costa Macêncio  
CPF: 061.970.332-02 DATA DO ACIDENTE: 16.05.2020  
NATUREZA:  DAMS  INVALIDEZ  MORTE

### **OUTORGADA :**

NOME: William Gonçalves Firmino  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: estudante  
Nº DO RG: 2354717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR  
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16  
Nº CPF: 825.396.343-20  
ENDEREÇO: Brua CC 11 204 Jardim Morada

### **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 Lider, 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.

Bonito PR, 15 de junho de 2020

X Wladimir Costa Macêncio  
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

**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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200312153  
**Vítima:** WLADIMIR COSTA MACENA

**Cidade:** Iracema  
**Data do acidente:** 16/05/2020

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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



# ITAU - 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

