

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:
2940240820201217180205

Processo 0830459-08.2020.8.23.0010 ☆ - (20 dia(s) em tramitação)

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

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12

500 por pág.

1



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

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200312143

Vítima: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 11/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

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 16087708



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

Rio de Janeiro, 08 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200312143

Vítima: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 11/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
------------------------------	---

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16105164

Pag. 01695/01696 - carta_03 - INVALIDEZ



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJZXV JJ4KK S85Z4 W9HQU





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

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200312143

Vítima: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 11/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001036-7

Conta: 000010007015-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01441/01442 - carta_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJZXV JJ4KK S85Z4 W9HQU

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200312143 **Cidade:** Caracará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 11/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

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 MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁGINAS 01, 02 E 11.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: 131.231.472-91	
4 - Nome completo da vítima: Aluizio Inácio da Silva Filho			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: Aluizio Inácio da Silva Filho		6 - CPF:	
7 - Profissão: autônomo	8 - Endereço: R. Manoel Lucilio	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro: 24km Floresta	12 - Cidade: Boa Vista	13 - Estado: RR	14 - CEP: 69.312-058
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD): 94113-3855	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR			
17 - Nome completo do Representante Legal:			
18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.000,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 A R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 A R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 1036	7	CONTA: 7.015	7
(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			
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:			
<ul style="list-style-type: none">• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:		33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 responsável		35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)		37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	
40 - Local e Data: Boa Vista, RR, 17 de Agosto de 2020		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		43 - Assinatura do Procurador (se houver)	



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA ONLINE DE RR

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

Ocorrência Nº: 8978/2020 - Registrado em: 16/08/2020 às 22h 55min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 11/11/2019 às 11h 00min

LOCAL DO FATO

Município: CARACARAI

Logradouro: ESTRADA KM 24

Bairro: CENTRO

Referência:

Complemento: NO MUNICIPIO DE CARACARAI

UF: RR

Nº: S/N

CEP:

Tipo de local: VIA RURAL

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO (38), nascido(a) em 08/08/1981, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de NÃO INFORMADO, CPF Nº 737.834.472-91, País: BRASIL, natural de CARACARAI-RR, filho(a) de CLOTILDE DE SOUZA e , endereço: ANA CECILIA M SILVA, cep: 69312-058, Nº: 373, bairro: JARDIM FLORESTA, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, Telefone: (95) 99133-7375.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTOCICLETA	MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, MODELO BROS DE PLACA NAO-0463

RELATO DA OCORRÊNCIA

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

NO DIA E HORÁRIO ACIMA CITADO EU ALUIZIO INÁCIO DA SILVA FILHO ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE UM AMIGO DE NOME JOSENILSON CRUZ CARVALHO, QUE ELE CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, MODELO BROS DE PLACA NAO-0463, QUE NESSE MOMENTO RETORNÁVAMOS DE UMA PESCARIA COM ALGUNS AMIGOS, NO RIO AJARANI, NO MUNICÍPIO DE CARACARAI/RR, PELA ESTRADA DO KM-24, QUE NESSA ESTRADA HAVIA UM CURVA SINUOSA Á DIRETA, QUANDO MEU AMIGO FOI FAZÉ-LA, A MOTOCICLETA DERRAPOU NO BARRO, QUE FORMOS IMPULSIONADOS PARA O BARRANCO DA ESTRADA, SENDO ARREMESSADOS DA MOTOCICLETA. QUE AMBOS SOFREMOS FRATURAS, QUE EU SOFRI FRATURAS GRAVES EM MEU BRAÇO ESQUERDO, QUE A CLAVÍCULA ESQUERDA FOI QUEBRADA, QUE MEUS PARCEIROS QUE ESTAVA PRÓXIMO DO LOCAL, NOS LEVARAM ATÉ O HOSPITAL DE CARACARAI ONDE FIZERAM O TRATAMENTO MÉDICO.

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

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

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

ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO
COMUNICANTE

Fls: 1
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00023950/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/08/2020 09:51:03 Data/Hora Fim: 18/08/2020 09:51:03
Origem: Polícia Judiciária Nº do Documento: 8978/2020 Data: 16/08/2020
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Núcleo de Inteligência

Data/Hora do Fato: 11/11/2019 11:00

Local do Fato

Município: Caracarái (RR)

Bairro: CENTRO

Logradouro: VIA PÚBLICA

Tipo do Local: Via Pública

Nº: KM24

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 08/08/1981

Idade 39

Profissão: Eletricista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Clodilde de Souza

Naturalidade: Caracarái - RR

Nome do Pai: Aluizio Inacio da Silva

Documento(s)

CPF: 737.834.472-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ANA CECILIA MOTA

Bairro: Jardim Floresta

Nº: 373

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, MODELO BROS DE PLACA NAO-0463

CPF/CNPJ do Proprietário 231.235.672-49

Placa NAO0463

Renavam 00305699253

Número do Motor KD05E5B554106

Número do Chassi 9C2KD0550BR554106

Ano/Modelo Fabricação 2011/2011

Cor VERMELHA

UF Veículo RR

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1,00 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 06/08/2020

Situação do Veículo
ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS -
RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC
ULOS

Nome Envolvido

Envolvimentos



Impresso por: Meire Moura da Silva

Data de Impressão: 09/09/2020 15:05:02

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Fls: 2
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00023950/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
Aluizio Inacio da Silva Filho	Exibidor

RELATO/HISTÓRICO

AO COMPARECER À DELEGACIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA EM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, DE CODINOME DAT, A MESMA INFORMOU QUE NÃO ESTAVA EFETUADO REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL PRESENCIALMENTE, DEVIDO A PANDEMIA DO NOVO CORONA-VÍRUS. DEVIDO A ESSE FATO FAÇO-ME PRESENTE PARA RELATAR QUE: NO DIA E HORÁRIO ACIMA CITADO EU ALUIZIO INÁCIO DA SILVA FILHO ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE UM AMIGO DE NOME JOSENILSON CRUZ CARVALHO, QUE ELE CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, MODELO BROS DE PLACA NAO-0463, QUE NESSE MOMENTO RETORNÁVAMOS DE UMA PESCARIA COM ALGUNS AMIGOS, NO RIO AJARANI, NO MUNICÍPIO DE CARACARAÍ/RR, PELA ESTRADA DO KM-24, QUE NESSA ESTRADA HAVIA UM CURVA SINUOSA À DIRETA, QUANDO MEU AMIGO FOI FAZÊ-LA, A MOTOCICLETA DERRAPOU NO BARRO, QUE FORMOS IMPULSIONADOS PARA O BARRANCO DA ESTRADA, SENDO ARREMESSADOS DA MOTOCICLETA. QUE AMBOS SOFREMOS FRATURAS, QUE EU SOFRI FRATURAS GRAVES EM MEU BRAÇO ESQUERDO, QUE A CLAVÍCULA ESQUERDA FOI QUEBRADA, QUE MEUS PARCEIROS QUE ESTAVA PRÓXIMO DO LOCAL, NOS LEVARAM ATÉ O HOSPITAL DE CARACARAÍ ONDE FIZERAM O TRATAMENTO MÉDICO. 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)

ASSINATURAS

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

Aluizio Inacio da Silva Filho
Comunicante, Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

AUTENTICAÇÃO

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

Boa Vista, 09 de Setembro de 2020

Ronaldo Luiz de Souza
Assinatura

020816684

Fls: 1

Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00023950/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/08/2020 09:51:03 Data/Hora Fim: 18/08/2020 09:51:03
Origem: Polícia Judiciária Nº do Documento: 8978/2020 Data: 16/08/2020
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Núcleo de Inteligência

Data/Hora do Fato: 11/11/2019 11:00

Local do Fato

Município: Caracará (RR)

Bairro: CENTRO

Logradouro: VIA PÚBLICA

Tipo do Local: Via Pública

Nº: KM24

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO (COMUNICANTE, VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 08/08/1981	Idade 39
Profissão: Eletricista			
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Caracará - RR	
Nome da Mãe: Clodilde de Souza		Nome do Pai: Aluizio Inacio da Silva	

Documento(s)

CPF: 737.834.472-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ANA CECILIA MOTA

Bairro: Jardim Floresta

Nº: 373

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocideta/Motoneta
Descrição MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, MODELO BROS DE PLACA NAO-0463	CPF/CNPJ do Proprietário 231.235.672-49
Placa NAO0463	Renavam 00305699253
Número do Motor KD05E5B554106	Número do Chassi 9C2KD0550BR554106
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011	Cor VERMELHA
UF Veículo RR	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1,00 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 06/08/2020	Situação do Veículo ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS
Nome Envolvido	Envolvimentos



Impresso por: Meire Moura da Silva
Data de Impressão: 09/09/2020 15:05:02

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: 131.231.472-91	
4 - Nome completo da vítima: Aluizio Inácio da Silva Filho			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: Aluizio Inácio da Silva Filho		6 - CPF:	
7 - Profissão: autônomo	8 - Endereço: R. Manoel Lucilio	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro: 24km Floresta	12 - Cidade: Boa Vista	13 - Estado: RR	14 - CEP: 69.312-058
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD): 94113-3855	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR			
17 - Nome completo do Representante Legal:			
18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.000,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 1036	7	CONTA: 7.015	7
(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			
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:			
<ul style="list-style-type: none">• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (ver nascit.)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:		33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 responsável		35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)		37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	
40 - Local e Data: Boa Vista, RR, 17 de Agosto de 2020		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		43 - Assinatura do Procurador (se houver)	

ENERGIA Fl. Roraima Energia, inscrito no CNPJ nº 01.674.358-8

RODRIGO SERRA S.A.
R. Capitão Gueiros, 851 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 07.361.476/0001-44 (Insc. Estadual: 34.007.022-0)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1
Regime Especial de Impostos autorizada pela SEFAZ 308/13

Nº da Nota Fiscal: **5146144**

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE RR - CARR*
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO **DEBITO** **CONSUMO (KWH)** **TOTAL A PAGAR (R\$)**

MAR/2020 **16/06/2020** **227** **198,40**

ANDREIA DE OLIVEIRA NOGUEIRA
R. ANA CECILIA M SILVA 373 04 - JARDIM FLORESTA
CPF: 00001887915230
CEP: 69.312-058 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	227	Atual:	11/05/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.1.2
Anterior:	300	Anterior:	05/04/2020	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	22	Próxima leitura:	12/06/2020	Ligação:	BIFASICA
Constante de Multiplicação:	1,000	Emissão:	05/05/2020	Numero Medidor:	TDB1914262
Consumo medido:	227	Apresentação:	11/05/2020	Forma de Faturamento:	NORME
Consumo Faturado:	227			Modalidade:	

CONSUMO **DESCRIÇÃO DA CONTA**

ILUMINACAO PUBLICA **227 A R\$ 0,753650 =** **171,07**
27,33

OUTRAS INFORMAÇÕES
TARIFA SEM TRIBUTOS:
V A 227 - 0,617770

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

MAR/19	JUN/19	JUL/19	AGO/19	SET/19	OUT/19	NOV/19	DEZ/19	JAN/20	FEV/20	MAR/20	ABR/20	MAY/20
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	198	184	227

Média 12 meses: (0)

MENSAGENS IMPORTANTES
REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 25/06/2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA.
Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
Mes-Período Valor R\$
03/2020 175,72

Declaramos quitados todos os débitos desta UC no ano de 2019 (Lei 12887/09).
LIGUE 0800719130 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO **324 DCT 4447 2105 RPAZ D40E ASAD 601C**

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	55,83	Base de Cálculo:	171,07
Distribuição:	41,10	ICMS:	17,00%
Transmissão:	9,20	PIS:	0,17%
		COPINS:	0,25%
Encargos:	5,31		
Tributos:	30,63		
		VALOR	
		29,00	
		0,30	
		1,45	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Índice	DEC			FIC			CND		CNC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral
Limite	9,24	15,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99			
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 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059





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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Aluizio Márcio de S. Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 737.834.472 / 91

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Aluizio Márcio de S. Filho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 737.834.472 / 91 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Caro Moura</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>W.Franco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel. (DDD): <u>9913-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 17 de Agosto de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

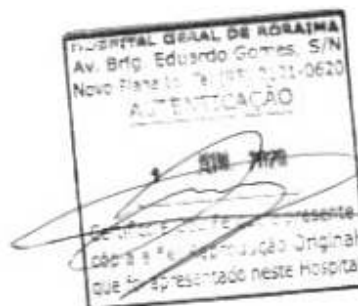


ESTADO DE RORAIMA
'AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS'

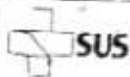
DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que o Sr°. **ALUIZIO INACIO DA SILVA FILO**, CPF: **73783447291** deu entrada no Pronto Socorro Francisco Elesbão (GT) no dia **11/11/2019 às 11h e 46min**, por motivo **ACIDENTE DE MOTO**, *recebeu os cuidados da equipe de plantão. Cód. de Atendimento 1901185268.*

Boa Vista-RR, 19 de Junho de 2020.



alto: 26/11/19



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

BLOCO A

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE

Murilo Inacio da Silva Filho

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

105003296675154

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/8/81

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Clotilde de Souza

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Japão, 51, Centro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Conceição

9 - SEXO

Masc

10 - FOLHA

3

11 - TELEFONE DE CONTATO

95 99 133 375

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

RR

15 - UF

RR

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

paciente submetido a osteomielite do clavículo esquerdo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As Lesões

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

Rx + exame físico
já clavicula E

DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteomielite clavicula E

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Vitor Montenegro/Pedro G.

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11.111

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ EMPRESA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

25/11/19

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0408010150
5420

112-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE ALUIZIO INACIO DA SILVA					
AGNÓSTICO FX CLAVICULA E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	112-2	DATA	26/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT				
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
17	SSV + CCGG 6/6 H				
18	CURATIVO DIÁRIO				
19					
20					
21					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA: #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE #EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO DIA 6/11/19 A NOITE CM DRENAGEM DE SECREÇÃO PURULENTE DE COTOVELO E BRACO DIREITO, SEGUE SEM QUEIXAS, COM MELHORA DO ARCO DE MOVIMENTO DE COTOVELO DIREITO					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					
DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM -RR 2028					



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: Dr. Fábio R. de Jesus Neto

Função: Cirurgião (Sua Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

Identificação do paciente
☒ Sim ☐ Não
Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

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

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica
() Sim
Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
☒ Sim
() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sua Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim () Não

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

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
() Sim () Não

☒ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE
☒ Sim () Não () Não se Aplica

João Alves Barbosa Filho
Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Nome: Aluísio Freixo da Silva Filho
Identificação: 12345678901234567890
Paciente: CONFIRMADO
☒ Identificação
☒ Sim ☐ Não
☒ Procedimento
☒ Sim () Não
Assinatura: [Assinatura] Hora: _____
Data: 25/10/2019
Assinatura: _____ Hora: _____

Alto DFM: RC 41.0
☒ Sim () Não se Aplica
Verificação de segurança anestésica concluída:
☒ Oximetria do pulso no paciente em funcionamento

Alergia conhecida:
☒ Não () Sim, Qual: _____
Via aérea difícil/risco de aspiração:
☒ Não () Sim, e equipamento disponível

Risco de perda sanguínea > 500 ml:
☒ Não () Sim, e plano de contingência elaborado e planejamento
Fim: 305
305
305

112.2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE: <i>Augusto Augusto da Silva Filho</i>			
DIAGNÓSTICO: <i>fratura de clavícula E</i>			
ALERGIAS:		HAS	DM2
IDADE:		LEITO <i>1122</i>	DATA <i>25/11/19</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE	SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manhã	
3	SF 0.9% 500ML EV S/N	SN	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN	
5	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN	
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5	SN	
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA	8h	
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	SN	
10	<i>Tiludil 20mg EV 12/12h</i>	<i>17-18h</i>	
11	<i>Clonidina 600mg EV 6/6h</i>	<i>24-12-18</i>	
12	<i>Cyproheptadina 400mg EV 12/12h</i>	<i>20-8</i>	
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
20	SSVV + CCGG 6/6 H		
21	CURATIVO DIÁRIO		
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA: # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE. # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, LUPINEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM QUEIXAS ALGICAS. # SOLICITADO: # CONDUÇÃO: # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:			
SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	<i>119x76</i>	<i>133</i>	<i>359</i>
24 H	<i>118x74</i>	<i>70</i>	<i>-</i>

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Dr. Augusto Augusto da Silva Filho
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM RR 1984

25/11/19



SERVIÇO SOCIAL - FICHA SOCIAL

Bloco: A-112-2

017

I - DADOS DO PACIENTE:

DESCONHECIDO: () SIM (<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	ENTRADA: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>1</u>
OBS: (COR/RAÇA, ESTATURA, VESTIMENTA...)	

II- IDENTIFICAÇÃO

NOME: Aluizio Mácio da Silva
DATA DE NASCIMENTO 08/08/1982 IDADE 38 anos
SEXO: () FEM (☒ MASC () TELEFONE: _____
NACIONALIDADE: _____ NATURALIDADE Caracaraí/RR
ENDEREÇO Rua Cecília Mata
Nº 372 BAIRRO Parque Floresta CIDADE Boa Vista
ACOMPANHANTE NA UNIDADE Som - cuidada Alice
PARENTESCO: _____ CONTATO: Expos. Andreia 99120-2027
POSSUI DOCUMENTOS: (☒ SIM () NÃO nao está na Unidade
APRESENTA ALGUMA DEFICIÊNCIA: SIM () NÃO (☒
QUAL? _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? () SIM (☒ NÃO () BPC () APOSENTADORIA () AUXÍLIO
DOENÇA()
OUTROS: Em pedido Expor ENB.

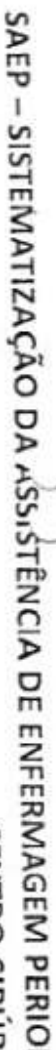
III- CONDUTA PROFISSIONAL/ACOMPANHAMENTO:

Aguardando reunia última de
acidente de moto no interior Caracaraí
BR 230 Vila Jaz.
Orientar benefício auxílio doença e
movimentar documentos para dar no
prontuário.

Rosângela Reis Rocha
Assistente Social
CRESS Nº 0141 27ª Região

ASSISTENTE SOCIAL


DATA: 25/11/19



Nome: Alvin Junior do Silva Filho Data: 25/8
 Data de Nasc: 08/08/81 Idade: 38 Setor/leito: 112-02
 Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não
 Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não
 SRA

Jose Luciano

Alto: 26/11/19

 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
BLOCO A			
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - Nº DO TELEFONE	
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		16 - UF	
17 - CEP		18 - CID 10 PRINCIPAL	
19 - CID 10 SECUNDÁRIO		20 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA			
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
28 - DOCUMENTO			
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO			
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
36 - CNPJ DA SEGURADORA			
37 - Nº DO BILHETE			
38 - SÉRIE			
39 - CNPJ EMPRESA			
40 - CNAE DA EMPRESA			
41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
46 - DOCUMENTO			
47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

0408010150
5420
u499

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				231965-9	
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR				4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				231965-9	
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR				5 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Identificação do Paciente				00176293	
5 - NOME DO PACIENTE				8 - DATA DE NASCIMENTO	
ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO				08/08/1981	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				9 - SEXO	
				1 - Masculino	
11 - NOME DA MÃE				10 - RAÇA / COR	
CLOTILDE DE SOUZA				PARDA	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				12 - TELEFONE DE CONTATO	
ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO				(95) 99133-7375	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				14 - TELEFONE DE CONTATO	
RUA: JAPURA - 51 -				(95) 99133-7375	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				17 - COO. IBGE MUNICÍPIO	
CARACARAÍ				140020	
				18 - UF	
				RR	
				19 - CEP	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL				24 - CID 10 PRINCIPAL	
				25 - CID 10 SECUNDÁRIO	
				26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO	
CIRURGIA GERAL		ELETIVO		C. N. S.	
				980016003578306	
32 - Nº DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
		BRUNO FIGUEIREDO DOS SANTOS		24/11/2019	
				35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
36 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº DO BILHETE	
37 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				41 - SÉRIE	
38 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		42 - CNPJ DA EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA	
				44 - CBOR	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. ORGÃO EMISSOR	
<input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO				52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
/ /					





BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data 25/11/19

OS

Aluizio Inacio do
Silva F. Filho

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em posição de decúbito de prona sob solo molhado
- 2) Pré-epila e Antiséptico
- 3) Alargador de campo elétrico
- 4) Incisão em região de furto de dorso de dorso braquial com suturas por plano com Vicryl + Nylon de 4/0
- 5) Redução e encaixe de fratura com o uso de fio de Kirschner + controle radiográfico
- 6) UMC com soro fisiológico
- 7) Sutura por plano com Vicryl + Nylon
- 8) Curativo
- 9) AO RPP

Dr. Augusto Covalcante
Medico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RP 1904

Dr. Augusto Covalcante
Medico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RP 1904



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio das Américas"

FICHA DE ANESTESIA

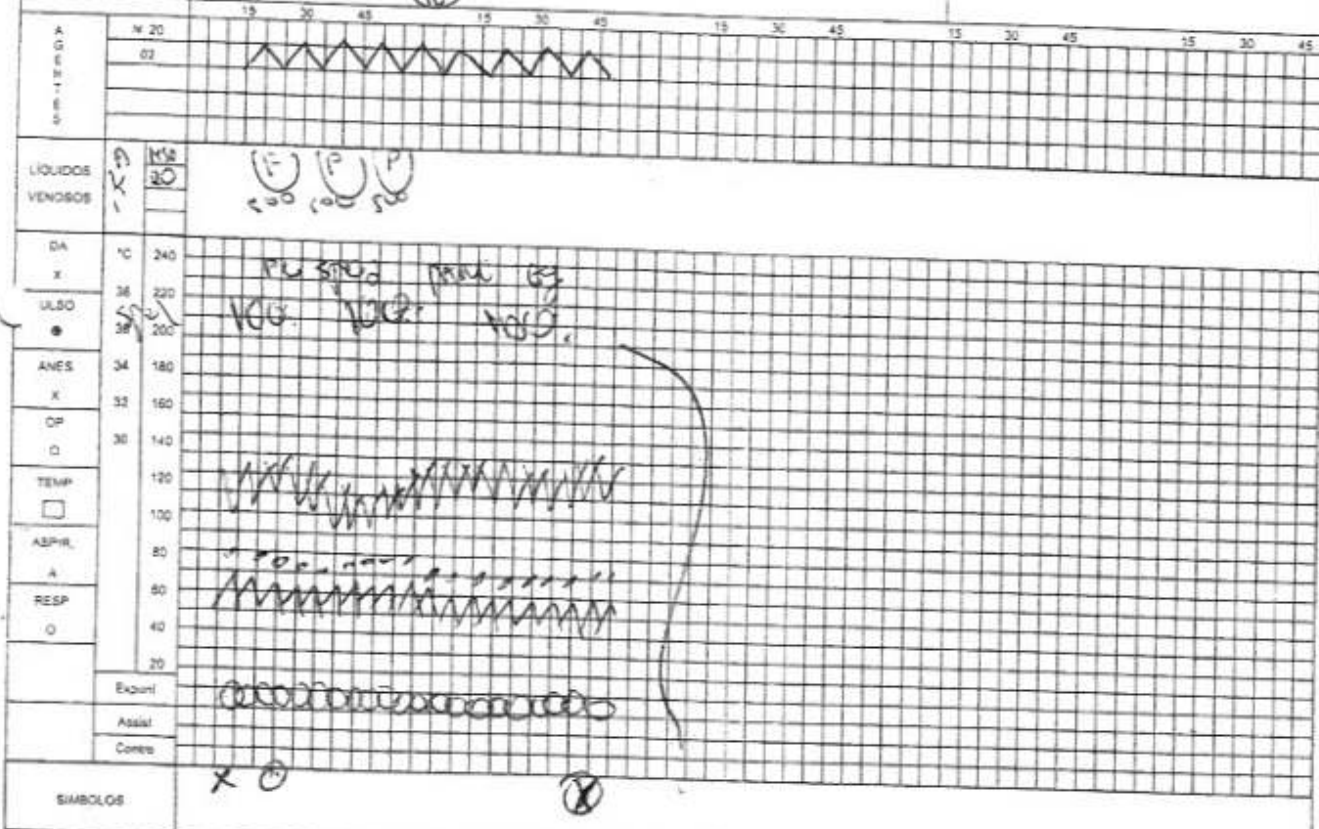
ALUIZIO LIMA DA SILVA FILHO

25/11/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

- midazolam 5mg (15)
- morfina 100mg (16)

Nº



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
1 - Midazolam 5mg		Indução de Alveo	* - Check list. Monitorado, controle, fim, vitais, drogas, pontos.
2 - Morfina 100mg		Procedimento esquelético	E - O2 sob em alveo
		ecolado	J - Resposta satisfatória
			3 - Alveo não brota (E)
			4 - Alveo 1g (16)
			5 - Tilatil 40mg (16)
GLICOSE	LIQUIDOS	Céfalo - Neut / Oro Farnges	
		Neut / Oro Farnges - Cefo	
		Sal - Tamo - Calibre do Tubo	
		Sol - Mascar	
		Difusão Técnica	
SP O2	100		
TOTAL	100 ml	01:30 M	AO SAPP
OPERAÇÃO	OSCOSSINTO DE RORAIMA DE		
	clonitela (E)		
ANESTESIA	PROFITA / SCS	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜINEA
		PROFITA / SCS	

Alberto F. M. Herrera
Médico Anestesiologista
CRM 307/RR





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Aluizio Indio da Silva Filho		112-2	00176293	25.1.11/19	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Osteossíntese Fratura de Clavícula (E)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		15:29	16:36		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		1º ON: Fabiano		
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:		1º ON: Nito		
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR		1º ON: Augusto R1		
		CIRCULANTE	Socorro e Ovarde		
TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio duplo Braquial (E)		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
U	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
U	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRY Nº 0,2.0	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS P1M			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº 24 de 15cm	
	LÂMINA BISTURI Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº 1/8	
	DRENO DE SUÇÃO Nº 1			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº 30ml de álcool 70%	
	DRENO DE PENROSE Nº 1			FIO SEDA Nº 1	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			GERA P/ OSO - molesom	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº 1	
	SERINGA 10ML			GEC - 1	
	SERINGA 20ML			FIO CARDIACA	
	Trinix			OUTROS: 100 ml de cloroxidina digest	
				50ml de PUP1 Tópico	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
	Louiciano e Rabua	SUB TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
	Socorro e Ovarde	TAXA DE ANESTESIA			
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade:		Procedimento Realizado:	
Nome do Paciente: Aluizio Indcio da Silva Filho		IDADE:	SEXO: F () M ()	Nº do Prontuário	Data 25/11/19
Bloco: A	Enfermaria: 112	Leito: 02	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Dorivaldo L. O. Vande	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:					
Dados dos materiais/Serviço					

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima ()		Dados Adicionais:		Marca:					
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT							
01	Fio de Kirschman	01							
<p>MÉDICO CIRURGIÃO: <u>Dr. Vitor Montenegro</u> 1º AUXILIAR: <u>Dr. Marcos Brunner R3</u></p> <p>INSTRUMENTADOR: <u>Dr. Fernando + Dr. Augusto R1</u> <u>Dr. Augusto Cavalcante</u></p> <p>Empresa () Nome da Empresa: <u>SIRIUS () / SÍNTESE () / QUANTUM ()</u> Marca:</p> <p>ATHENA () / MACON ()</p>									
<p>MÉDICO CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____</p> <p>INSTRUMENTADOR: _____</p> <p>9 VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE</p>									

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

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





Date: 25/11/19

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

[illegible]

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Paciente: Aluizio Chaves da Silva Filho
Assinatura: [Assinatura]

PACIENTE CONSCIENTE:

- ☒ Identificação
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento: ☒ Sim ☐ Não

CONSCIENTE: ☒ Sim ☐ Não se Aplica

SÍTIO CIRÚRGICO: ☒ Sim ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA: ☒ Sim ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA: ☒ Sim ☐ Não se Aplica

EXAMEN TO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNÇÃO DA ALERGIAS: ☒ Sim ☐ Não se Aplica

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA: ☒ Sim, Qual: _____

ALERGIA DIFÍCIL/ALISCO DE ASPIRAÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

SITIO CIRÚRGICO: ☒ Sim, e qual procedimento disponível: _____

QUANTO DE FERTIL SANGÜÍNEA > 500 ml: ☒ Sim ☐ Não

QUANTO DE FERTIL SANGÜÍNEA > 500 ml: ☒ Sim, e qual procedimento adequado e planejamento para fluidos: 3000 ml

Data: 25/10/19

Assinatura: [Assinatura]

Hora: _____

ANTES DA INCISÃO

Anestesia: Dr. Fabiano, Dr. José Roberto

SAÍDA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE: ☒ Identificação do paciente ☒ Sítio cirúrgico ☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: ☒ Sim ☐ Não
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS: ☐ Não se aplica ☐ Sim, Qual: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS: ☒ Sim ☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO: ☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORREITAS: ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

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

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

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE: ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

[Assinatura]
José Luciano dos Santos
COORDENADOR DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo

112-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE: <u>Augusto Inácio dos Santos Filho</u>			
DIAGNÓSTICO: <u>fx. clavícula E</u>			
ALERGIAS:		HAS	DM2
IDADE:		LEITO <u>112-2</u>	DATA <u>25/12/19</u>
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	S/N	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H S/N	S/N	
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	S/N	
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5	S/N	
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA	S/N	
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/N	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h S/N	S/N	
10	<u>Tilidil 20mg EV 12/12h</u>	<u>17-25</u>	
11	<u>Clopidogrel 600mg EV 6/6h</u>	<u>24-12-18</u>	
12	<u>Cyproheptadina 8mg EV 12/12h</u>	<u>25-8</u>	
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
20	SSVV + CCGG 6/6 H		
21	CURATIVO DIÁRIO		
<small>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 QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</small>			
EVOLUÇÃO MÉDICA: # ENCONTRO PACIENTE: DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM QUEIXAS ALGICAS.			
# SOLICITADO:			
# CONDUTA:			
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:			
# PREVISÃO DE ALTA:			
SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	<u>119x76</u>	<u>153</u>	<u>359</u>
24 H	<u>118x74</u>	<u>70</u>	<u>-</u>

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



SERVICO SOCIAL - FICHA SOCIAL

Bloco: A-112-2

017.

I - DADOS DO PACIENTE:

DESCONHECIDO: () SIM (X) NÃO	ENTRADA: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>1</u>
OBS: (COR/RAÇA, ESTATURA, VESTIMENTA...)	

II- IDENTIFICAÇÃO

NOME: Aluizio Mácio da Silva

DATA DE NASCIMENTO 08/08/1982 IDADE 38 anos

SEXO: () FEM (X) MASC () TELEFONE: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURALIDADE Caracará/RR

ENDEREÇO Rua Cecilia Mata

Nº 372 BAIRRO Parque Floresta CIDADE Boa Vista

ACOMPANHANTE NA UNIDADE Sun - Cuidada Alice

PARENTESCO: _____ CONTATO: Exora Andrea 99120-2027

POSSUI DOCUMENTOS: (X) SIM () NÃO nao está na unidade

APRESENTA ALGUMA DEFICIÊNCIA: SIM () NÃO (X)

QUAL? _____

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? () SIM (X) NÃO () BPC () APOSENTADORIA () AUXÍLIO

DOENÇA()

OUTROS: Em processo Bupera ENB.

III- CONDUTA PROFISSIONAL/ACOMPANHAMENTO:

Aguardando Rinsfia vítima de acidente de moto no interior Caracará BR 250 Vila Pte.
Orientado benefício auxílio doença e movimentar documentos para diuvar no
quadrante.

Rosângela Reis Rocha
Assistente Social
CRESS Nº 0141 27ª Região

ASSISTENTE SOCIAL

DATA: 25/11/19

112-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE ALUIZIO INACIO DA SILVA					
AGNÓSTICO FX CLAVICULA E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	112-2	DATA	26/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT				
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
17	SSVV + CCGG 6/6 H				
18	CURATIVO DIÁRIO				
19					
20					
21					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA: #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO DIA 6/11/19 A NOITE CM DRENAGEM DE SECREÇÃO PURULENTE DE COTOVELO E BRACO DIREITO, SEGUE SEM QUEIXAS, COM MELHORA DO ARCO DE MOVIMENTO DE COTOVELO DIREITO					
SINAIS VITAIS		PA	FC	FR	
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					
DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM -RR 2028					



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Aluizio Francisco da Silva ANOS, 11
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 25/11/19 COM
DIAGNÓSTICO DE fx de clavícula

NO DIA 25/11/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteossíntese de clavícula SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 26/11/19 ÀS 10:00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 26/11/19 ÀS _____, COM O
DR. _____

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO SR.

Dr. Pedro de S. Faria
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

BOA VISTA, 26/11/19

MÉDICO

Ailuzio Inácio da Silva Filho

18 h PA: 116x77 mmHg P: 69 T: 35.5°C





Paciente: Aluizio Inacio Da Silva Filho

Solicitação: 20142851

Número Interno: 1901185268

Origem: HGR

Data de Emissão: 11/11/2019 14:58

Sexo: Masculino

Nasc: 08/08/1981

Idade: 38 ANO

Solicitante: PABLO CARABALLO ECHEVARRENA JUNIOR CRM-RR 1908

Setor: PAAR

Leito: SALA DE COLETA

Recebimento:

Amostra: 2014285101

Resultado de Exame

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Pícrato Alcalino

CREATININA

Resultado

0.85 mg/dL

Referência

0.7 - 1.4 mg/dL

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas.

DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA SÉRICA (LDH)

Material: SORO

Métodologia: M13 - Cinético Uv

LDH

Resultado

413.64 U/L

Referência

200.0 - 480.0 U/L

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado

104.13 mg/dL

Referência

60.0 - 99.0 mg/dL

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

30.07 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL

M. Kelly Celestine

Monna Kelly Celestine
Bioquímica
CRF-RR 368

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 180
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

11/11/2019 18:07

(*) Retificado

Página 1 de 3



Hospital Geral de Roraima
Box 953 2121 0840
E-mail: hgr@hgr.gov.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA



Paciente: Aluizio Inacio Da Silva Filho	Sexo: Masculino	Nasc: 08/08/1981	Idade: 38 ANO
Solicitação: 20142851	Número Interno: 1901185268	Solicitante: PABLO CARABALLO ECHEVARRENA JUNIOR CRM-RR 1908	
Origem: HGR	Setor: PAAR	Leito: SALA DE COLETA	
Data de Emissão: 11/11/2019 14:58	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 2014285102

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL
Metodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

	Resultado	Referência
LEUCOGRAMA		
LEUCÓCITOS	5.84 x10 ³ /uL	4.0 - 10.0 x10 ³ /uL
NEUTRÓFILOS	59.60 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	33.90 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	4.40 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	1.60 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.50 %	0.0 - 1.0 %
ERITROGRAMA		
ERITRÓCITOS	4.52 x10 ⁶ /uL	4.32 - 5.52 x10 ⁶ /uL
HEMOGLOBINA	15.00 g/dL	13.5 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	43.00 %	40.0 - 50.0 %
VCM	95.30 ug/L	87.0 - 103.0 ug/L
HCM	33.30 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	34.90 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	11.70 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	47.10 fL	35.0 - 56.0 fL
PLAQUETOGRAMA		
PLAQUETAS	205.00 x10 ³ /uL	150.0 - 400.0 x10 ³ /uL
MPV	9.40 fL	6.5 - 12.0 fL
PDW	16.40	9.0 - 17.0
PCT	0.193 %	1.08 - 2.82 %

Sergio A. L. Martins
Bióquímico - CRF/RR 006
006

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

11/11/2019 18:07

(*) Retificado
Página 2 de 3



Hospital Geral de Roraima
Fones: 2121 0840
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3305 -
Aeroporto

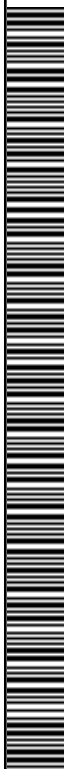
NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJZXV JJ4KK S85Z4 W9HQU





Paciente: Aluizio Inacio Da Silva Filho	Sexo: Masculino	Nasc: 08/08/1981	Idade: 38 ANO
Solicitação: 20142851	Número Interno: 1901185268	Solicitante: PABLO CARABALLO ECHEVARRENA JUNIOR CRM-RR 1908	
Origem: HGR	Setor: PAAR	Leito: SALA DE COLETA	
Data de Emissão: 11/11/2019 14:58	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 2014285103

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE B (HBSAG)

Material: SORO	Resultado	Referência
Métodologia: M24 - Imunocromatografia	Não Reagente	NÃO REAGENTE
HBSAG		

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE C

Material: SORO	Resultado	Referência
Métodologia: M24 - Imunocromatografia	Não Reagente	NÃO REAGENTE
HCV		

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Material: SORO	Resultado	Referência
Métodologia: M24 - Imunocromatografia	Não Reagente	NÃO REAGENTE
TESTE RÁPIDO 01		
CONCLUSÃO FINAL	AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA INFECÇÃO PELO HIV	AMOSTRA NÃO REAGENTE

Notas

Este laudo técnico está em acordo com o fluxograma 01 do manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV, aprovado pela portaria nº 29 do Ministério da Saúde de 2013.

Os ensaios para o diagnóstico da infecção pelo HIV realizados pelo Núcleo de Laboratório são conduzidos usando os Kits Bioclin Tri-Line, lote 039 como TR 01 e o Kit Bio-Manguinhos TR-DPP do lote 178SI009Z como TR 02.

O diagnóstico NÃO REAGENTE para infecção pelo HIV no primeiro ensaio não descarta a possibilidade da infecção, devendo ser repetido após 30 dias na persistência da suspeita da infecção pelo HIV.

Resultados conclusivos de infecção pelo HIV em testes rápidos devem ser confirmados por meio da amplificação do RNA viral no exame de CARGA VIRAL da amostra do paciente.

Resultados REAGENTES para infecção pelo HIV no TR 01 e NÃO REAGENTE no TR2 não podem ser definidos pelo esquema diagnóstico empregado, devendo ser expressa Conclusão Diagnóstica como INCONCLUSIVO para infecção pelo HIV.

Quando a indeterminação do diagnóstico for atestada pelo esquema do fluxograma 01, sugerimos nova solicitação para submissão ao FLUXOGRAMA 03 (SOROLOGIA PARA HIV).

Não existe testes laboratoriais para diagnóstico de infecção pelo HIV que apresentem 100% de sensibilidade e especificidade, sendo plenamente plausível resultados falso Negativo, Falso positivo e Indeterminado ou Discrepantes na prática diária laboratorial.

Mônica Kelly Celedone

Monna Kelly Celedone
Bioquímica
CRF-RR 368

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

11/11/2019 18:07

(*) Retificado
Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima
Box 55) 2121 0840
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GILJO CRUZ

 Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 239717 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016

NOME WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

SANTA INÊS - MA 09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTO CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20 AMADEU ROCHA TRIANI
Partido Progressista do Povoista Civil
Bomero do RR

2 VIA

LEI Nº 7 116 DE 29/08/83



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE RM

232855

DATA DE EXPIRENCIA

12/02/2020

ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

ALUIZIO INACIO DA SILVA

CLOTILDE DE SOUZA

CARACARAÍ - RR

DOC. OBRIGEM

CERTD NASC 6077 FLS 156 LIV A-15

1º OF CARACARAÍ-RR

DATA DE NASCIMENTO

08/08/1981

PIS/PASEP:

ANADEU ROCHA TRIANI

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

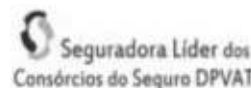
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polegar Direito

Assinado digitalmente por Aluízio Inácio da Silva Filho

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245273/20

Vítima: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

CPF: 737.834.472-91

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/11/2019

Titular do CPF: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO : 737.834.472-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Aluizio Inácio da Silva Filho
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Autônomo RG: 232855
CPF: 737.834.472-91 ENDEREÇO: R. Ana Cláudia
BAIRRO: Jardim Floresta CIDADE: Boca Vista
CEP: 69.312-058
VÍTIMA: Aluizio Inácio da Silva Filho
CPF: 737.834.472-91 DATA DO ACIDENTE: 03.11.19
NATUREZA: ☐ DAMS ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-80
ENDEREÇO: Rua CC 11 894 Laura Noroio

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalido a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boaventura de Maior de 20 20

Aluizio Inácio da Silva Filho
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245273/20

Vítima: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

CPF: 737.834.472-91

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

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

ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO : 737.834.472-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

