

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: <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 Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Realces	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Filtros 					
Movimentado Por: <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 Sequencial(Intervalo): <input type="checkbox"/> ao <input type="checkbox"/> Data do Movimento(Período): <input type="checkbox"/> à <input type="checkbox"/> Descrição: <input type="text"/>					
12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12					
500 por pág.  1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/> 12	17/12/2020 18:02:05	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
		12.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2773194CONTESTACAO01.pdf	Público		
		12.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  2773194CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público		
		12.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO  KITSEGURADORALIDER.pdf	Público		
		LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA			
11	15/12/2020 17:02:45	Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 15/12/2020 referente ao evento de expedição seq. 9.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador		
10	11/12/2020 00:05:01	DECORRIDO PRAZO DE ALUIZIO INACIO DA SILVA (P/ advgs. de ALUIZIO INACIO DA SILVA *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (27/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 9	10/12/2020 12:10:24	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - utilizando contrafé	DEBORA LIMA BATISTA Analista Judiciária		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de ALUIZIO INACIO DA SILVA) em 01/12/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (27/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	Wallyson Barbosa Moura Advogado		
7	30/11/2020 13:45:17	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de ALUIZIO INACIO DA SILVA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (27/11/2020)	Jhonatan de Almeida Santil Analista Judiciário		
<input type="checkbox"/> 6	27/11/2020 15:46:55	CONCEDIDO O PEDIDO	BRUNO FERNANDO ALVES COSTA Magistrado		
5	27/11/2020 10:50:51	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ		
4	27/11/2020 10:50:51	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ		
3	27/11/2020 10:50:51	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
2	27/11/2020 10:50:51	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 1ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
<input type="checkbox"/> 1	27/11/2020 10:50:50	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado		



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

Rio de Janeiro, 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.

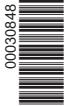
Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



Pag. 01695/01696 - carta_03 - INVALIDEZ

Carta nº 16105164

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: PJZXXV 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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200312143 **Cidade:** Caracaraí **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.

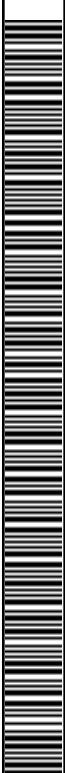
Documentos complementares:

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:	4 - Nome completo da vítima:	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD) 9113-3355		

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO 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: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<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): 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	40 - Local e Data, _____	Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019

172.014.033.015



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

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

Ocorrência N°: 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

UF: RR

Logradouro: ESTRADA KM 24

Nº: S/N

CEP:

Bairro: CENTRO

Tipo de local: VIA RURAL

Referência:

Complemento: NO MUNICÍPIO DE CARACARAI

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

ALUÍZIO 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 COMPARAÇER 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 ALUÍZIO INÁCIO DA SILVA FILHO ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE UM AMIGO DE NOME JOSENILSON CRUZ CARVALHO, QUE ELE CONDUZIA SUA 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 À DIRETA, QUANDO MEU AMIGO FOI FAZÉ-LA, A MOTOCICLETA DERRAPOU NO BARRO, QUE FORMOS IMPULSIONADOS 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 POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

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

ALUÍZIO 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: Caracaraí (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

EN VOLVIDO(S)

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

Fls: 2
Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00023950/2020

Nome Envolvido	Envolvidos
Aluizio Inacio da Silva Filho	Exibidor

RELATO/HISTÓRICO

AO COMPARÉCER 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 ALUÍZIO 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 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 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(a) único(a) responsável pelas informações acima esclarecidas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fe, que a presente fotocópia
é a reprodução fidel do Original.
Boa Vista, 09 de Setembro de 2020
Assinatura: *Ronaldo Luiz de Souza* 020816684

Fls: 1

Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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: Caracaraí (RR)

Bairro: CENTRO

Logradouro: VIA PÚBLICA

Nº: KM24

Tipo do Local: Via Pública

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

EN VOLVIDO(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: Caracaraí - RR	
Nome da Mãe: Clodilde de Souza			Nome do Pai: Aluzio Inacio da Silva	

Documento(s)

CPF: 737.834.472-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ANA CECILIA MOTA

Nº: 373

Bairro: Jardim Floresta

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_VEICULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>151.891.472-91 - Joaúlio Inácio da Silveira Filho</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:	<i>Joaúlio Inácio da Silveira Filho</i>		6 - CPF:	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	
autônomo	<i>Rua: Vila Cecília</i>			
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	<i>RR 69.312-058</i>
2011 - Floresta	<i>Bon. Vista</i>	<i>RR</i>	16 - Tel. (DDD):	<i>9113-3355</i>
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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input 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) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: <i>1036</i>	CONTA: <i>7.015</i>	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Informar o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.				
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que: <ul style="list-style-type: none">• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.				
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.				
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
23 - Estado civil da vítima:	<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: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (ver nascer)? <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: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.				
34	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha	
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha		
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	40 - Local e Data: <i>Boa Vista RR 07 de Agosto de 2020</i>	Assinatura da testemunha		
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <i>William Gonçalves</i>	43 - Assinatura do Procurador (se houver)	TESTEMUNHAS		
2- Assinatura do Representante Legal (se houver)				
PS.001 V002/2019				

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01036-7

CONTA: 000010007015-9

Nr. da Autenticação 413367D244471882



ENERGIA
NOTA FISCAL SISTEMA S.A.
Av. Capitão Dine Góes, 881 - Centro - Rio Vista - RR
CNPJ: 07.341.479/0001-44 / INN: Editalink 34.000.022-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 3-1
Regime Fisical de impressão autorizada pela SEFAZ/RR/013

0167435-8
5146144
Nº da Nota Fiscal
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é calculada
sob a Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FCAE*

MAT 10/2020 16/06/2020 CONSUMO (KWH) TOTAL A PAGAR (R\$)
227 198,40

ANDREEA DE OLIVEIRA NOGUEIRA CPF: 000001887915230
R. ANA CECILIA M SILVA 373 04 - JARDIM FLORESTA
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:	1.1.1.4
Anterior:	226	Anterior:	09/04/2020	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	22	Próxima leitura:	12/06/2020	Ligação:	BITAFÔICA
Constante de Multiplicação:	1.000	Erros/mais:	09/05/2020	Número Medidor:	TDB1914262
Consumo médio:	227	Apresentação:	11/05/2020	Forma de Faturamento:	NORMA
Consumo faturado:	227			Modelidade:	

CONSUMO DESCRIÇÃO DA CONTA
ILLUMINAÇÃO PÚBLICA 227 A R\$ 0,753650 = 171,87
27,33

OUTRAS INFORMAÇÕES
DRAFT SEM TÍTULOS:
V.A 227 - 0,617779

HISTÓRICO DE MEDAÇÃO

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

MENSAGENS IMPORTANTES
REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade CONSUMIDOR: Subsistema 000001887915230 do Fornecimento de energia elétrica e agência de 12/05/2020. O seu pagamento pode ser anulado caso seja efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
Mês/Ano: Válida: 06
00/2020 179,72

Declaro que salvo débito desta UC no ano de 2019 (Lei 12887/09).
LIGE 000001887915230 E FACA (000) VENCIMENTO: 16/11/2020 26

RESERVADO AO FISCO 32E4 DSCT A467 219E BEA7 B48F A5AD 601C
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	Alíquota:	Valor:
55,83	5,31	171,87	ICMS:	17,00%
41,18	38,63		PIS:	0,17%
0,46			COFINS:	0,50%
				1,45

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DMC	FIC	DMO	DCR
Mês/Ano	9,24	18,49	36,99	8,46
Transmissão	10,92	33,84	4,99	10,92
Límite	0,00	0,00	0,00	0,00
Max/med				

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



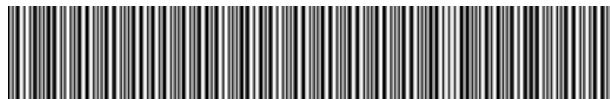
RORAIMA ENERGIA

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
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br 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.

² SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RPSSEGURU. ³ 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
Bluzio Inácio da Silveira Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 737.834.472-01
do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima Bluzio Inácio da S. Filho
inscrito (a) no CPF sob o Nº 737.834.472-01 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>244</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Laura Moreira</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>	CEP:	<u>69.318-050</u>	
E-mail:	<u>W.Franco999@gmail.com</u>						Tel. (DDD):	<u>99113-3855</u>

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

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

19/06/2020

Guia de Atendimento 17

100

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

classificação Reclassificação
AMARELO Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação _____
_____ Vermelho
_____ Laranja
_____ Amarelo
_____ Verde
_____ Azul Ass.

Reclassificação _____
____ Vermelho
____ Laranja
____ Amarelo
____ Verde
____ Azul Ass.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: emerson.lima
Data/Hora: 19/06/2020 11:33:32



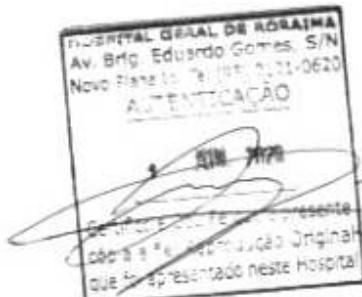


ESTADO DE RORAIMA
'AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS'

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.



Altro: 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				
1 - NOME DO PACIENTE		177040 177040 177040		
2 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		177040 177040 177040		
3 - NÚMERO DO CNS		177040 177040 177040		
4 - DATA DE NASCIMENTO		177040 177040 177040		
5 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		177040 177040 177040		
6 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		177040 177040 177040		
7 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		177040 177040 177040		
8 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		177040 177040 177040		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
paciente submetido a osteointex de clavicula esquerda.				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		177040 177040 177040		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		177040 177040 177040		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		177040 177040 177040		
21 - CID 10 PRINCIPAL		177040 177040 177040		
22 - CID 10 SECUNDÁRIO		177040 177040 177040		
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		177040 177040 177040		
24 - DESCRICAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		177040 177040 177040		
25 - CLÍNICA		177040 177040 177040		
26 - DOCUMENTO		177040 177040 177040		
27 - CARATÉR DA INTERNAÇÃO		177040 177040 177040		
28 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		177040 177040 177040		
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		177040 177040 177040		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		177040 177040 177040		
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		177040 177040 177040		
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		177040 177040 177040		
33 - 1) ACIDENTE DE TRÂNSITO		177040 177040 177040		
34 - 1) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		177040 177040 177040		
35 - 1) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		177040 177040 177040		
36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		177040 177040 177040		
37 - 1) EMPREGADO		177040 177040 177040		
38 - CNPJ DA SEGURADORA		177040 177040 177040		
39 - CNPJ EMPRESA		177040 177040 177040		
40 - CNAE DA EMPRESA		177040 177040 177040		
41 - CBOR		177040 177040 177040		
42 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)		177040 177040 177040		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		177040 177040 177040		
44 - DOCUMENTO		177040 177040 177040		
45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		177040 177040 177040		
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		177040 177040 177040		
47 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		177040 177040 177040		
AUTORIZAÇÃO				
48 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR		177040 177040 177040		
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		177040 177040 177040		
50 - DATA DE EXPEDIÇÃO		177040 177040 177040		
51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		177040 177040 177040		
52 - DOCUMENTO		177040 177040 177040		
53 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		177040 177040 177040		
54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		177040 177040 177040		
55 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		177040 177040 177040		

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 1XDIÁ			
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 MEDICA: #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 PURULENTA DE COTOVELO E BRAÇO 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

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

Nome: Aluizio Alves da Silva Filho
RG: _____
CPF: _____
Endereço: _____
Cidade: _____
UF: _____

Anestesiista: D. Fabio. R. J. M. V. T.
Assinatura: _____

VERIFICAÇÃO DE IDENTIDADE, IDENTIFICAÇÃO E
SITIO CIRÚRGICO

Identidade: _____
Sítio Cirúrgico: _____
Procedimento: _____
Objetivo: () Sim () Não

ASSESSOR: _____
Assessor: _____

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

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM
VERBALMENTE COM A EQUIPE:
SADA: (Sí) Sí (não) Não

1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO
() Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
() 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

4- 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

5- JOSE LACIANO DOS SANTOS
Assinatura e Carimbo
Assinatura: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
() Sim () Não

Assinatura: _____

Assinatura: _____

112-2

<p>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA</p>			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE: <i>Augusto Francisco da Silveira Filho</i>			
DIAGNÓSTICO: <i>fractura clavicular</i>			
ALERGIAS:		HAS	DM2
IDADE: LEITO		112-2	DATA 23/11/13
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO		MANTER
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 1XDIÁ		20 SN
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN		SN
10	<i>Teldil 20mg EV 12/12h</i>		17-05
11	<i>Cinnamycin 500mg EV 6/6h</i>		134 12-18
12	<i>Ciprofloxacin 500mg EV 12/12h</i>		20-8
13			
14			
15	<i>Dr. Augusto Francisco da Silveira Filho</i>		
16	<i>Médico Residente</i>		
17	<i>Ortopedia e Traumatologia</i>		
18	<i>CRM 001 1984</i>		
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
20	SSVV + CCGG 6/6 H		
21	CURATIVO DIARIO		
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			
<p>EVOLUÇÃO MÉDICA: ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE. EXAME FÍSICO: BEG, ACALÓTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, LUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSSESQUELETICA, SEM QUEIXAS ALGICAS.</p>			
SOLICITADO:			
# CONDUTA:			
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:			
# PREVISÃO DE ALTA:			
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
6 H			
12 H			
18 H	119x76	153	359
24 H	118x74	70	-

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA





SERVÍCIO SOCIAL - FICHA SOCIAL

Bloco: A-112-2

01+

I - DADOS DO PACIENTE:

DESCONHECIDO: () SIM () NÃO ENTRADA: / /

OBS: (COR/RAÇA, ESTATURA, VESTIMENTA...)

II- IDENTIFICAÇÃO

NOME: Aluizio Maico da silva
DATA DE NASCIMENTO 08/08/85 IDADE 38 anos
SEXO: () FEM () MASC () TELEFONE: _____
NACIONALIDADE: _____ NATURALIDADE Caracaraí/RR
ENDERECO Rua Cecília Mota
Nº 372 BAIRRO Paradiso Florista CIDADE Boa Vista
ACOMPANHANTE NA UNIDADE Sun - cuidada Alíce
PARENTESCO: _____ CONTATO: Esposa Andreia 99120-2027
POSSI DOCUMENTOS: () SIM () NÃO mas está na Unidade
APRESENTA ALGUMA DEFICIÊNCIA: SIM () NÃO ()
QUAL? _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? () SIM () NÃO () BPC () APOSENTADORIA () AUXÍLIO
DOENÇA ()
OUTROS: Bem pegado Bupera ENB.

III- CONDUTA PROFISSIONAL/ACOMPANHAMENTO:

Aguardando ressarcimento da vítima de
acidente de moto no interior Caracaraí
BR 360 Vila José
orientações benefícios auxílio doença e
providenciar documentos para dinar no
monteiro.

Rosângela Reis Rocha
Assistente Social
CRESS N° 0141 27ª Região

ASSISTENTE SOCIAL

DATA: 25/11/19



Nome: Alvino Júnior da Silva Filho Idade: 38 Setor/Leito: 112 - 02
Data de Nasc: 08/08/81 Data: 25/12/2020

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

**SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERÍODICO
CENTRO CIRÚRGICO**

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		INTRA-OPERATÓRIO			SRPA		
Cirurgia Proposta	Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais
Reservado <u>Alvino</u> Alvino E							
1. Informações:							
jejun (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não	14:27	15:05	15:29	16:36			
prótease (<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não							
Exames (<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não							
Reserva UTI (<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não							
Latralidade (<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não							
PNE (<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não							
Allergia (<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não							
Qual: <u>None</u>							
Reserva de Hemoderivado:							
↳ 50ml (<input checked="" type="checkbox"/>) Não							
Outros:							
2. Chegou ao Centro Cirúrgico:							
(<input checked="" type="checkbox"/>) Deambulando							
(<input checked="" type="checkbox"/>) Consciente							
(<input type="checkbox"/>) Com Suporte de O2							
(<input type="checkbox"/>) TOT							
(<input type="checkbox"/>) Agitado							
3. Sinais Vitais:							
T <u>36,5</u> °C							
R <u>65</u> bpm							
PA <u>140/85</u> mmHg							
SAT <u>94</u> %							
(<input type="checkbox"/>) Regular (<input checked="" type="checkbox"/>) Irregular							
4. Anotações (Administração do paciente): <u>None</u>							
5. Incisão <u>OK</u>							
6. Catterer O2 <u>OK</u>							
7. Vendise <u>OK</u>							
8. Dreno							
9. SNG/SNF							
10. Garrote							
11. TOT (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim N° _____							
12. SVD (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim N° _____							
13. Outros:							
Sinais Vitais: Saída da SO							
T <u>36,5</u> °C R <u>65</u> bpm SAT <u>94</u> %							
(<input type="checkbox"/>) Regular (<input checked="" type="checkbox"/>) Irregular							
Destino: <input checked="" type="checkbox"/> SRPA (<input type="checkbox"/>) UTI (<input type="checkbox"/>) Outros:							

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

1º Teto Administrado 1000ml por art. frat. clavicular (E
BPA, com uso de curativo em F0, 02 sed. colchete de
dr. RPP, descida e cinturão. Sem 1º HNC no ura

Jose Luciano
CABEÇA
CORPO
ENTE

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 - N.º DO PRONTUÁRIO		
7 - CARTA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
paciente subindo a escadaria dor clavicular esquerdo				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
As Acima				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
Rx + exame Fisi				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
			<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				
Vitor Montenegro Pedroso				
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				
36 - CNPJ DA SEGURODORA		37 - N.º DO BILHETE		38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNPJ 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 EMISOR	45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO		47 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				
50 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
51 - SÉRIE				
52 - CBOR				
53 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
54 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
55 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
56 - SÉRIE				
57 - CBOR				
58 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
59 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
60 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
61 - SÉRIE				
62 - CBOR				
63 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
64 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
65 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
66 - SÉRIE				
67 - CBOR				
68 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
69 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
70 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
71 - SÉRIE				
72 - CBOR				
73 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
74 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
75 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
76 - SÉRIE				
77 - CBOR				
78 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
79 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
80 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
81 - SÉRIE				
82 - CBOR				
83 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
84 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
85 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
86 - SÉRIE				
87 - CBOR				
88 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
89 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
90 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
91 - SÉRIE				
92 - CBOR				
93 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
94 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
95 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
96 - SÉRIE				
97 - CBOR				
98 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
99 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
100 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
101 - SÉRIE				
102 - CBOR				
103 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
104 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
105 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
106 - SÉRIE				
107 - CBOR				
108 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
109 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
110 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
111 - SÉRIE				
112 - CBOR				
113 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
114 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
115 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
116 - SÉRIE				
117 - CBOR				
118 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
119 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
120 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
121 - SÉRIE				
122 - CBOR				
123 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
124 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
125 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
126 - SÉRIE				
127 - CBOR				
128 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
129 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
130 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
131 - SÉRIE				
132 - CBOR				
133 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
134 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
135 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
136 - SÉRIE				
137 - CBOR				
138 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
139 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
140 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
141 - SÉRIE				
142 - CBOR				
143 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
144 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
145 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
146 - SÉRIE				
147 - CBOR				
148 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
149 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
150 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
151 - SÉRIE				
152 - CBOR				
153 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
154 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
155 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
156 - SÉRIE				
157 - CBOR				
158 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
159 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
160 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
161 - SÉRIE				
162 - CBOR				
163 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
164 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
165 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
166 - SÉRIE				
167 - CBOR				
168 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
169 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
170 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
171 - SÉRIE				
172 - CBOR				
173 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
174 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
175 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
176 - SÉRIE				
177 - CBOR				
178 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
179 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
180 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
181 - SÉRIE				
182 - CBOR				
183 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
184 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
185 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
186 - SÉRIE				
187 - CBOR				
188 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
189 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
190 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
191 - SÉRIE				
192 - CBOR				
193 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
194 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
195 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
196 - SÉRIE				
197 - CBOR				
198 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
199 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
200 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
201 - SÉRIE				
202 - CBOR				
203 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
204 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
205 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
206 - SÉRIE				
207 - CBOR				
208 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
209 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
210 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
211 - SÉRIE				
212 - CBOR				
213 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
214 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
215 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
216 - SÉRIE				
217 - CBOR				
218 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
219 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
220 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
221 - SÉRIE				
222 - CBOR				
223 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
224 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
225 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
226 - SÉRIE				
227 - CBOR				
228 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
229 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
230 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
231 - SÉRIE				
232 - CBOR				
233 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
234 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
235 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
236 - SÉRIE				
237 - CBOR				
238 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
239 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
240 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
241 - SÉRIE				
242 - CBOR				
243 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
244 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
245 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
246 - SÉRIE				
247 - CBOR				
248 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
249 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
250 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
251 - SÉRIE				
252 - CBOR				
253 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
254 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
255 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
256 - SÉRIE				
257 - CBOR				
258 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
259 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
260 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
261 - SÉRIE				
262 - CBOR				
263 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
264 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
265 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
266 - SÉRIE				
267 - CBOR				
268 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
269 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
270 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
271 - SÉRIE				
272 - CBOR				
273 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
274 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
275 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
276 - SÉRIE				
277 - CBOR				
278 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
279 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
280 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
281 - SÉRIE				
282 - CBOR				
283 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
284 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
285 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
286 - SÉRIE				
287 - CBOR				
288 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
289 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
290 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
291 - SÉRIE				
292 - CBOR				
293 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
294 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
295 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
296 - SÉRIE				
297 - CBOR				
298 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
299 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
300 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
301 - SÉRIE				
302 - CBOR				
303 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
304 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
305 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
306 - SÉRIE				
307 - CBOR				
308 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
309 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
310 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
311 - SÉRIE				
312 - CBOR				
313 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
314 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
315 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
316 - SÉRIE				
317 - CBOR				
318 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
319 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
320 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
321 - SÉRIE				
322 - CBOR				
323 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
324 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
325 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
326 - SÉRIE				
327 - CBOR				
328 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
329 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
330 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
331 - SÉRIE				
332 - CBOR				
333 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
334 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
335 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
336 - SÉRIE				
337 - CBOR				
338 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
339 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
340 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
341 - SÉRIE				
342 - CBOR				
343 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
344 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
345 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
346 - SÉRIE				
347 - CBOR				
348 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
349 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
350 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
351 - SÉRIE				
352 - CBOR				
353 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
354 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
355 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
356 - SÉRIE				
357 - CBOR				
358 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
359 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
360 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
361 - SÉRIE				
362 - CBOR				
363 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
364 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
365 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
366 - SÉRIE				
367 - CBOR				
368 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
369 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
370 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
371 - SÉRIE				
372 - CBOR				
373 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
374 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
375 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
376 - SÉRIE				
377 - CBOR				
378 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
379 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
380 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
381 - SÉRIE				
382 - CBOR				
383 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
384 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
385 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
386 - SÉRIE				
387 - CBOR				
388 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
389 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
390 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
391 - SÉRIE				
392 - CBOR				
393 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
394 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
395 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
396 - SÉRIE				
397 - CBOR				
398 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
399 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
400 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
401 - SÉRIE				
402 - CBOR				
403 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
404 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
405 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
406 - SÉRIE				
407 - CBOR				
408 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
409 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
410 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
411 - SÉRIE				
412 - CBOR				
413 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
414 - ASSINAT				

112-2

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR				2 - CNES 231965-9				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR				4 - CNES 231965-9				
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO				6 - N.º DO PRONTUÁRIO 00176293				
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO 08/06/1981	9 - SEXO 1 - Masculino	10 - RACA / COR PARDA		12 - FONE DE CONTATO (95) 99133-7375
11 - NOME DA MÃE CLOTILDE DE SOUZA				13 - NOME DO RESPONSÁVEL ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO				14 - FONE DE CONTATO (95) 99133-7375
15 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO) RUA: JAPURA - 51 -				17 - COD. IBGE MUNICÍPIO, 18 - UF 140020 RR				19 - CEP
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CARACARAÍ								
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 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO								
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO								
29 - CLÍNICA CIRURGIA GERAL		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO ELETIVO		31 - DOCUMENTO C. N. S.		32 - N.º DO DOCUMENTO (CENS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE 980016003578306		
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE BRUNO FIGUEIREDO DOS SANTOS		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 24/11/2019		35 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)								
36 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO		38 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - N.º DO BILHETE		41 - SÉRIE		
37 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ DA EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA		44 - CBOR		
38 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR		46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR		
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		48 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		49 - N.º DOCUMENTO (CENS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR		52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)						



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 25/12/19

OS: _____

*Aluizio Inacio da
Silva Filho*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paciente em posição de cadarço de braço sob sedo
anestesia
- ② Preparo e Antissepsia
- ③ Colocar de campo esteril
- ④ Entrada em região da projeção do clavílo
esquerdo com divaricador para dor de fôto
de fôto.
- ⑤ Realizar cricoto de fôto com o uso de
fio de Kishner + controle radioscópico.
- ⑥ Incisão sem fisiologia
- ⑦ Sutura por planos com vinyl + nylon
- ⑧ Curativo
- ⑨ AD RP





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
— "Amazônia Patrimônio das Américas" —

FICHA DE ANESTESIA

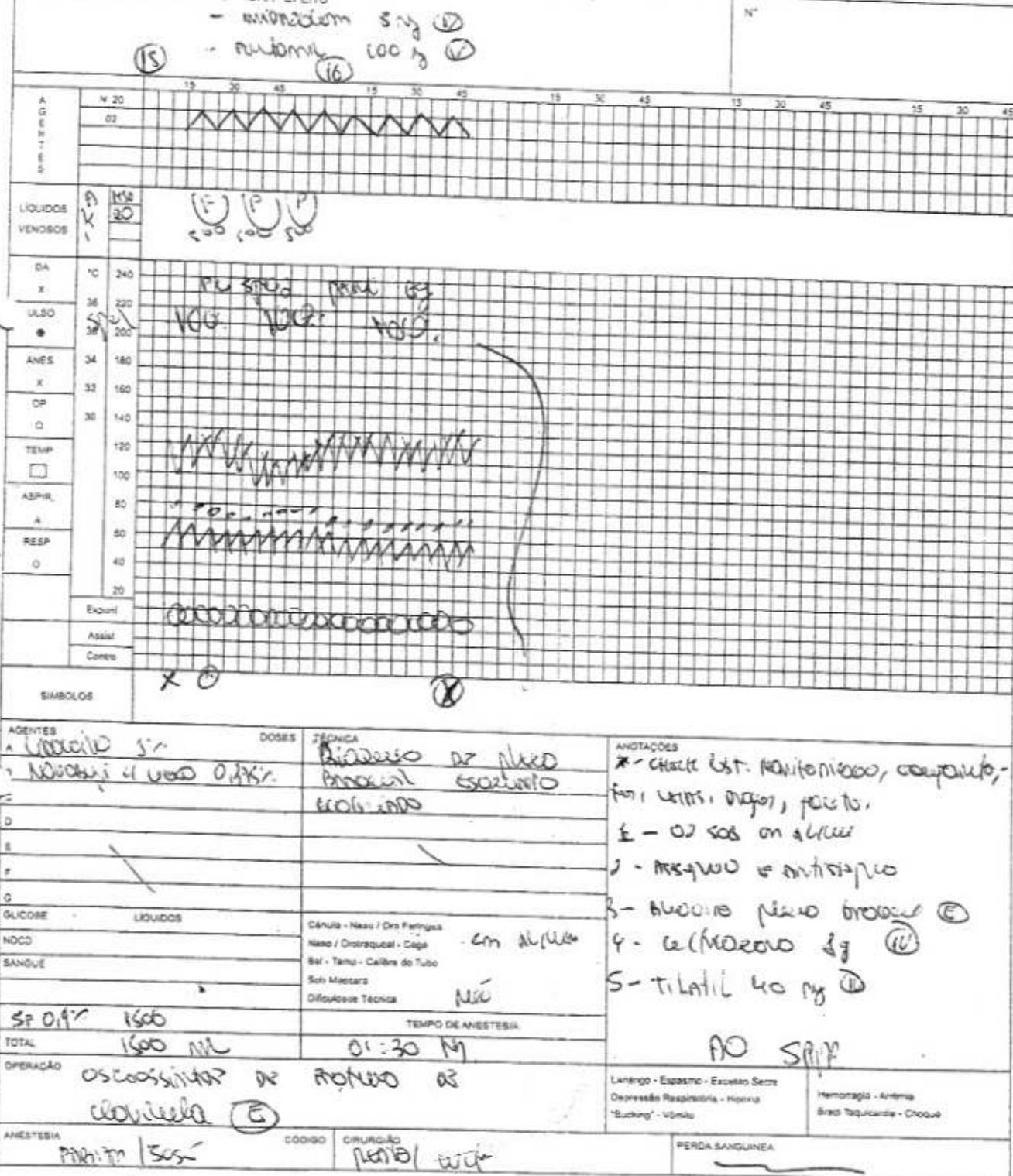
Aluizio Imão da Silva Filho

JS/11/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

- nitroacetam 50g (1)
 - anisoina 100g (2)

1



Alf
Alberto F. M. Herrero
Médico-Anestesiólogo
CRM 307/RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

Nome do Paciente <i>Aluizio Inácio da Silva Filho</i>	APT OU LEITO <i>112-2</i>	Nº DO PRONTUÁRIO <i>00176293</i>	Data <i>25/11/19</i>		
CIRURGIA					
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO				
Ostossintese Fratura de Clavícula (E)	INICIO <i>15:29</i>	FIM <i>16:36</i>	TEMPO TOTAL		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO <i>Dr. Vitor Montenegro</i>	ANESTESISTA: <i>Dr. Fabio</i>	RES. ANESTESIA: <i>Dr. Nito</i>	INSTRUMENTADOR		
1º AUXILIAR <i>Dr. Marcos Brunner R.</i>	CIRCULANTE <i>Socorro e Ovando</i>				
2º AUXILIAR <i>Dr. Fernando R.</i>					
TIPO DE ANESTESIA: <i>Alcuric clávula Brachial (E)</i>	TEMPO DE DURAÇÃO:				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500ml <i>100ml ou C</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO VICKY N° 0,2-0	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO MONONYLON N° 2-0	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	<i>1x1m</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO COM AGULHA N° <i>ataduras de</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI N° 24		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO CATGUT SIMPLES N° <i>7x15cm</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUCCÃO N°	<i>ultracod</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO CATGUT CROMADO N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX N°		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO PROLENE N° <i>30ml duplo a 70%</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE N°	<i>jiloh N° 18x20</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO SEDA N° <i>1açual a/antisseptico</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 01ML		<input checked="" type="checkbox"/>	SURGICEL	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 03ML		<input checked="" type="checkbox"/>	<i>GERA PISSO</i> <i>mois comby</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML		<input checked="" type="checkbox"/>	KIT CATARATA N° <i>equipo maior</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		<input checked="" type="checkbox"/>	<i>GERA PISSO</i> <i>gonton</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 20ML		<input checked="" type="checkbox"/>	FIA CARDIACA	
<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Truvi</i>		<input checked="" type="checkbox"/>	OUTROS: <i>100 ml de clorotetidina digesta</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<i>+ 50ml de PVA Tópico</i>	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
	<i>Lomuano e Rabuda</i>				SUB TOTAL
FUNCIONARIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
	<i>Socorro e Ovando</i>	TAXA DE ANESTESIA			
					SOMA
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Adriano Júnior da Silva Filho
Data de Nasc: 08/08/81 Idade: 38 Setor/Leito
Termo de Consentimento Cirurgia: Sim Não Termo de Co

Data: 25/91/19

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do paciente)

Rebecca Johnson
Entertainment
Cross-Departmental
Manager

Destino: SP/PA UTT outros:
 12. SVD Não Sim N° _____
 13. Outros: _____
 Sinais Vitais: Saída da SO
 T 120 mmHg R 10 bpm S 90 /min Fc 57 bpm
 pA 79 mmHg SAT 100 %
 { Regular Irregular

Jose Luciano dos Santos
Cachorro 342 112 - Rio

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANESTHESIA

ANTES DA INCISÃO

ESTRUTURA DA INDUSTRIA DE OPERACOES

Respondeu Almeida Freire da Silva Filho, respondendo ao ministro.

PACIENTE DEFENSA

Wirtschaftswissenschaften (Sales Operations)

✗ Identité de
✗ Site Chirurgie

Presente alla λ Sim () Nro

RECHT DER GEGENWART
Apfen
Snooze Apfen

CONTINUATION

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

MCGLDGE

ESTUDOS SOBRE A DISTRIBUIÇÃO DA MORTALIDADE

OPRIMENTE POSSUI:
MERMA CONSIDADA

Méthode de l'analyse

1500 e ogni punto della sua storia di questo modo.

PERCUTANEA > 500 ml

5) Sim, e *W₁* é só a jovemosa adequado e planejamento
em fluidos

Assume $\frac{\partial \mathbf{q}}{\partial \mathbf{q}'} = \mathbf{I}$ for \mathbf{q} :

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

Assinatura e Carimbo

João Luciano dos Santos
José Luciano dos Santos
Coronel Entroncado

**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

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS

Sim Não Não se Aplica

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

Sim Não Não se Aplica

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

SAÍDA (Saia Pós Operatória)

112-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HGR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA				DIH DN	
PACIENTE:	DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN		
DIAGNÓSTICO:	<i>Augusto Cesarino da Silveira Filho</i>				
ALERGIAS:	<i>FK cefalosporin</i>				
IDADE:	HAS LEITO	112-2	DM2 DATA	65/11/13	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORARIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			S/N	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			MANTER	
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 1XDIÁ			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	<i>Tildil 20mg EV 12/12h</i>			17-05	
11	<i>Clopidogrel 600mg EV 6/6h</i>			124/12-18	
12	<i>Ciprofloxacin 500mg EV 12/12h</i>			20-8	
13					
14					
15					
16	<i>Dr. Augusto Cesarino Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CEM/RR/1904</i>				
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: 8UI, 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, ANICRÉTICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSSESQUELETICA, SEM QUEIXAS ALGICAS.					
# SOLICITADO:					
# CONDUTA:					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:					
# PREVISÃO DE ALTA:					
SINAIS VITais		PA	FC	FR	MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H					
12 H					
18 H	<i>119x76</i>	<i>153</i>		<i>359</i>	
24 H	<i>118x34</i>	<i>70</i>	-	-	



SERVICO SOCIAL - FICHA SOCIAL

Bloco: A-112-2

01+

I - DADOS DO PACIENTE:

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

II- IDENTIFICAÇÃO

NOME: Alvizio Maio da Silva

DATA DE NASCIMENTO 08/08/81 IDADE 38 anos

SEXO: () FEM () MASC () TELEFONE:

NACIONALIDADE: _____ NATURALIDADE Caracarai/RR

ENDEREÇO Rua Cecília Mota

Nº 372 BAIRRO Centro Fluminense CIDADE Bacuri

ACOMPANHANTE NA UNIDADE Sun - Cunhada Alice

PARENTESCO: _____ CONTATO: Breno Andrade 99120-2027

POSSUI DOCUMENTOS: () SIM () NÃO nas estâncias na Unidade

APRESENTA ALGUMA DEFICIÊNCIA: SIM () NÃO ()

QUAL? _____

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

OUTROS: Em progresso Bupresa ENB.

III- CONDUTA PROFISSIONAL/ACOMPANHAMENTO:

Aguardando ressarcimento da vítima de
acidente de moto no bairro Caracarai.
BR 260 Vila São José.
orientado a beneficiário auxílio doença e
movimentar os documentos para liberação no
prontuário.

Rosângela Reis Rocha
Assistente Social
CRESS N° 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
IDADE		LEITO	112-2	DATA
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				
<u>Evolução médica:</u> ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DIA 6/11/19 A NOITE CM DRENAGEM DE SECREÇÃO PURULENTA DE COTOVELO E BRAÇO DIREITO, SEGUE SEM QUEIXAS, COM MELHORA DO ARCO DE MOVIMENTO DE COTOVELO DIREITO				
SINAIS VITAIS		6 H	PA	FC
		12 H		FR
		18 H		
		24 H		
<u>DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO</u> MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM -RR 2028				



110-6
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 Fábio da Silveira 28 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 25/11/19 COM
DIAGNÓSTICO DE fr. de clavado

NO DIA 25/11/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fractura de clavado SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

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

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 1/12/19 ÀS 10:10, COM 0
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 DR. DR. Pedro de S. Alves

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

BOA VISTA, 26/11/19

MÉDICO

Filmezio Inácio da Silva Filho
18 h PA: 116x77 mmHg P: 69 T: 35.5°C





ESTADO DE RORAIMA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE PRATICAS CLÍNICAS

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 Picrato 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

Monna Kelly Calecone
Bioquímico
CRF-RR 368

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

11/11/2019 18:07

(*) Reificado
Página 1 de 3



Hospital Geral de Roraima
0xx951 2121 0840 -
E-mail: hgr@ yahoo.com.br
Av. Engenheiro Eduardo Gomes, 3308 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU

GOVERNO
DE RORAIMA



ESTADO DE RORAIMA
SERVIÇO PÚBLICO DO ESTADO 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

Métodologia: 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
VPM	9.40 fL	6.5 - 12.0 fL
PLT	16.40	9.0 - 17.0
PCT	0.193 %	1.08 - 2.82 %

Sergio A. L. Martins
Bioquímico - 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
0xx981 2121 0840
E-mail:hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3305 -
Aeroporto

NUCLEO DE LABORATORIO
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.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJZXXV JJ4KK S85Z4 W9HQQU



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 HBSAG	Não Reagente	NÃO REAGENTE

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE C

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

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Material: SORO	Resultado	Referência
Métodologia: M24 - Imunocromatografia TESTE RÁPIDO 01	Não Reagente	NÃO REAGENTE
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 178S1009Z 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.

R₁ tados 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.

Monna Kelly Celedone
Bioquímico
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

(*) Ratificado
Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima
Cox55 2121 0640
E-mail:hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadier Eduardo Gomes, 3308 -
Aeroporto

NOCLÉO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU

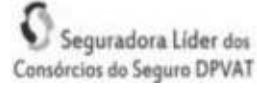


GOVERNO
DE RORAIMA





RECEIPO 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

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 Silveira Filho
NACIONALIDADE: Brasileiro
PROFISSÃO: autônomo ESTADO CIVIL: Solteiro
CPF: 737.834.972-91 RG: 232855
BAIRRO: Jardim Floresta ENDEREÇO: R. Jardim Floresta
CEP: 69.312-058 CIDADE: Bca. Vista

VÍTIMA: Aluizio Inácio da Silveira Filho
CPF: 737.834.972-91 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: 2369717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP- RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825-396-3435-90
ENDEREÇO: Rua CC 11 294 Lauro Moreira

PODERES:

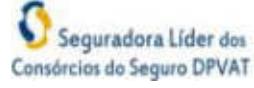
Para requerer o seguro DPVAT por invalido, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar 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.

Barreiros/21 de Maio de 2020

Aluizio Inácio da Silveira 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

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

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