

## 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:**  
**2964388220210129115356**

### Processo 0832304-75.2020.8.23.0010 - (41 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 4847 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)
<b>Realces</b> 					
<b>Realçar Movimentos de:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
<b>Filtros</b> 					
<b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>					
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9 <span style="float: right;">500 por pág.  1</span>					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
 9	29/01/2021 11:53:56	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b> Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>		
		9.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2777340CONTESTACAO01.pdf	Público
		9.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2777340CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
		<b>LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA</b>			
8	04/01/2021 16:25:46	Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 21/01/2021 referente ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>		
 7	29/12/2020 08:05:10	<b>EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE</b> Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	HEBER AUGUSTO NAKAUTH DOS SANTOS <b>Analista Judiciário</b>		
 6	28/12/2020 09:47:25	<b>CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE</b>	Rodrigo Bezerra Delgado <b>Magistrado</b>		
5	18/12/2020 14:24:58	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ		
4	18/12/2020 14:24:57	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ		
3	18/12/2020 14:24:57	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
2	18/12/2020 14:24:57	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 3ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
 1	18/12/2020 14:24:57	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	Thiago Amorim Dos Santos <b>Advogado</b>		



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

---

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200324494**

**Vítima: RAIMUNDO SOUSA**

**Data do Acidente: 08/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), RAIMUNDO SOUSA**

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 16116516



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.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, 18 de Setembro de 2020**

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200324494 Vítima: RAIMUNDO SOUSA

**Data do Acidente:** 08/03/2020      **Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), RAIMUNDO SOUSA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Com base no boletim de ocorrência que possui fé pública e presunção de veracidade, verificou-se que o acidente ocorreu durante a prática de ato ilícito pela vítima. Desta forma, o acidente não está coberto pelo Seguro DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

00020353

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação desse em <https://pjv.a9.dracd.bmftb.br/projudi/> - Identificador: PJVA9 DRACD BVJ68 BMFTB



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 055.907.813-70 4 - Nome completo da vítima: RAIMUNDO SOUSA

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

5 - Nome completo: RAIMUNDO SOUSA 6 - CPF: 055.907.813-70  
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: RUA VALDEMAR Gomes 9 - Número: 897 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: SENADOR HELO CAMPOS 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 6934-560  
15 - E-mail: SANTANAQUIMARASRR@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 9519169-3685

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itau

AGÊNCIA:  CONTA:  (8)  
(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:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar filhos vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascit)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar filhos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs vivos?  Sim  Não

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

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

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

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

40 - Local e Data, BOA VISTA-RR, 04-SETEMBRO-2020  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Raimundo Sousa

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Fls: 1  
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00010231/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/03/2020 06:06:19 Data/Hora Fim: 08/03/2020 06:06:19  
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM Nº 5056 J Data: 08/03/2020  
Delegado de Policia: Marcus Antonio de Paiva Albano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 08/03/2020 02:15

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Senador Hélio Campos

Logradouro: AV. FELINTO BARBOSA ESQUINA COM RUA N 11

Ponto de Referência: IGREJA ASSEMBLEIA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: RAIMUNDO SOUSA (EN VOLVIDO )

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 25/10/1982 Idade 37

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria do Socorro Sousa

Nome do Pai: Antonio Pedro de Sousa

Documento(s)

RG: 26949392003-4

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA VEREADOR WALDEMAR GOMES

Nº: 487

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Nome Civil: ROBERT DONNER DA SILVA BRITO (EN VOLVIDO )

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 02/09/1984 Idade 35

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: DALVA PEREIRA DA SILVA

Nome do Pai: AZUILIO CORREA DE BRITO

Documento(s)

RG: 126265

CPF: 845.828.472-34

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA IZIDIO GALDINO

Nº: 2054

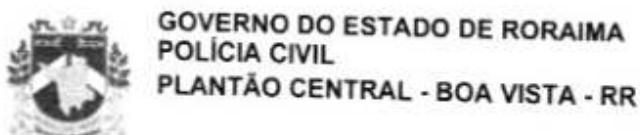
Complemento: CASA

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

º

Fls: 2

Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00010231/2020

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE )

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Rop Pm N°5056 J

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

SENHOR (a) DELEGADO(a),

Às 02h15minutos, de 08 de março de 2020, fomos acionados para deslocarmos até a rua Felinto Barbosa da Silva, Esquina com a Rua N11, para averiguar um acidente de trânsito, chegando no local, encontramos o Senhor RAIMUNDO DE SOUZA, 150 VERMELHA DE PLACA NAQ3653, na Rua N11 e sem perceber avançou a Avenida Felinto Barbosa, e que não viu a placa de sinalização de PARE, nem o veículo SIENA ESSENCE DE COR CINZA E DE PLACA NBA2769, que vinha sendo conduzido por ROBERT DONNER DA SILVA na preferencial, que por não ver o carro adentrou com a motocicleta na avenida Felinto Barbosa vindo a colidir sua motocicleta nesse veículo.

Perguntado ao Senhor RAIMUNDO SOUZA se possui CNH, respondeu que não. Perguntado se consumiu bebida alcoólica, respondeu que bebeu bastante cerveja. Perguntado a ele se poderia fazer o teste do alcoolemia, respondeu que não, que por isso, então foi realizado o Termo de constatação de sinais de alteração de capacidade psicomotora, pois o senhor Raimundo apresentava sinais de estar sob influência de bebida alcoólica, conforme os sinais descritos no referido Termo nº 150 nº 000893 anexo, considerando que o mesmo foi removido pelo SAMU ao Hospital Geral por ter fraturado o membro inferior direito, este não pode ser apresentado nessa Delegacia. Bem como também, acrescento que o referido condutor da motocicleta não possui Carteira Nacional de habilitação e que a Perícia Técnica esteve no local e realizou seu trabalho. Já o senhor ROBERTO DONIZETE DA SILVA portava sua CNH e não apresentava nenhum sinal de alteração de capacidade psicomotora. Não houve acordo entre as partes. A motocicleta foi removida ao pátio do DETRAN caraná. Pelo exposto, apresentamos o presente Relatório para as providências entendidas cabíveis.

ASSINATURAS

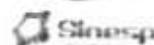
Betty Iara Gama Gonzalez

Agente de Polícia

Matrícula 42000564

Responsável pelo Atendimento

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



Impresso por Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 15/07/2020 10:37:50

DAT  
AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 055.907.813-70 4 - Nome completo da vítima: Raimundo SOUSA

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

5 - Nome completo: Raimundo SOUSA 6 - CPF: 055.907.813-70  
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: RUA MALPENSA Gomes 9 - Número: 847 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 6934-560  
15 - E-mail: SANTANAGUIMARAESRR@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 95/9969-3685

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 04-SETEMBRO-2020

Raimundo SOUSA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**RORAIMA ENERGIA**

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Eze Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.436/0001-44 | Istr. Estadual: 24.000.022-2  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 366/T3

Nº DA NOTA FISCAL: 5405128 FCAN<sup>®</sup>  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE  
foi criada pela Lei nº 16.436 de 25 de abril de 2002.

0032588-0

CONTA MÊS	VENCIMENTO	DE
JUNHO/2020	11/07/2020	298
		254,87

ROHARIA PEREIRA DE SOUZA  
R. GIDEAO 312 - NOVA CÁNAA  
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA

CPF: 00087688658249

DADOS DA LEITURA							
Atual:	18/06/2020	Anterior:	19/05/2020	Próxima leitura:	23/07/2020	Dias de consumo:	30
Emissão:	17/06/2020	Apresentação:	18/06/2020				
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligaçāo	Número Medidor	Faturamento	Modalidade		
1. 1. 1. 2	RESIDENCIAL	BIF	11ED0001196	NORMAL	CONVENC		

DADOS DA LEITURA (kWh)							
	TOT/PTA	BBUT/PTA	MMB	BBUT/PTA	MMB	BBUT/PTA	MMB
Leit. Atual	27842						
Leit. Anterior	27544						
Constante	1.000						
Resíduos							
Medido	298						
Faturado:	298						

CONSUMO	DESCRICAÇÃO DO CONSUMO	VALOR
ILUMINAÇÃO PÚBLICA	298 A R\$ 0,2595	29,82

OUTRAS INFORMAÇÕES	
DATA DE TRIBUTO: A 29 - 01/07/2020	HISTÓRICO

0 1239 194 0 298 0 298 0 298 0 298



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www1.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### 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/BIBI/IOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da falsa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José SANTANA Feijó Grimeirão inscrito (a) no CPF 627.942.803-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Raimundo SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.907.813-70, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.907.813-70, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Gideão	Número	312	Complemento	CASA
Bairro	Neve Caraná	Cidade	Boa Vista	Estado	RR
Email	SANTANA.GRIMEIRAO@GMAIL.COM	Telefone comercial(DDD)	195149169	Telefone celular (DDD)	-3685

Boa Vista 04 de SETEMBRO de 2020

Local e Data

Assinatura do Declarante

Guia de Atendimento 17

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Reclassificação	Reclassificação
<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.

Reclassificação
<input type="checkbox"/> Vermelho
<input type="checkbox"/> Laranja
<input type="checkbox"/> Amarelo
<input type="checkbox"/> Verde
<input type="checkbox"/> Azul Ass.

2001228314 08/03/2020 02:22:13		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 6	
Paciente		Data Nascimento		Idade	CNS	CPF 07	Prontuário
RAIMUNDO SOUSA		25/10/1982		37 A 4 M 14 D			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE	26493920034			M	NAO	PARDA	NACIONALIDADE
Mãe					INFORMADO		Contato
MARIA DO SOCORRO SOUSA					NI		Ocupação
Endereço							
RUA - VERIADOR WALDAMER GOMES - 847 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA						
Sector	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				ELIENE		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						

ACIDENTE DE MOTO

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) Relembre ao paciente sobre ocorrência de cefaleia de intensidade moderada com dor frontal e em. Et expon. Férrea (E) ci ferro. ouro

Exame Físico RG: Entrada lenta, PUPILAS IRREGULARES (+164). A.R. 2.102.2000. Exceção, si com HBD = FLACIDITAT, indolor si um

Hipótese Diagnóstica

fx

SADT - Exames Complementares

RAIO-X  ULTRA-SON  TC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
(C) ANT 200 mg GV		
(C) DIATRONA 2g GV		
(C) TRAMIL 20 mg GV		
(C) SE 0,9% 1000 ml GV		
(C) CEFALAVONA 5g GV		
(C) Glicamidina 240 mg GV		

Conduta

- Alta por Decisão Médica  Ambulatório  
 Alta a Pedido  Observação (Até 24h)  
 Alta a Revelia  Internação  
 Transferência para: *CCP* Data e Hora da Saída/Alta: / / : / : /

Óbito

Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família  IMI Anatomopatológica / / /

*Roberto Soares*  
Médico  
CRM-RR 002259

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: eliene  
Data Hora: 08/03/2020 02:26:04

0.202 - Sistema de Gerenciamento de Documentos  
0.202 - Sistema de Gerenciamento de Documentos  
Rev. 1.0.001.001.000.000



8/03/2020

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

## Guia de Atendimento 17

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Ass.

08/03/2020 02:22:13		FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-6	
Paciente <b>RAIMUNDO SOUSA</b>		Data Nascimento 25/10/1982	Idade 37 A 4 M 14 D	CNS	<input checked="" type="checkbox"/> V7	Prontuário		
Tipo Doc <b>IDENTIDADE</b>	Documento 26493920034	Órgão Emissor Data Emissão	Sexo M	Estado Civil NAO INFORMADO	Raça/Cor PARDA	Naturalidade	Nacionalidade <b>BRASILEIRA</b>	
Mãe <b>MARIA DO SOCORRO SOUSA</b>				NI		Contato	Ocupação	
Endereço RUA - VERIADOR WALDAMER GOMES - 847 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR								
Class. de Risco	Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
Motivo do Atendimento <b>ACIDENTE DE MOTO</b>	Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
Setor <b>GRANDE TRAUMA</b>	Tipo de Chegada <b>SAMU CAPITAL</b>		Procedimento Sol.					
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
<b>ACIDENTE MOTO</b>								
Anamnese de Enfermagem	<b>GSC</b> AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) <b>Reflete PC-DONA MARIA LIMA ON FONTE</b> <b>Do seu Bifurcador Losso on Frontal 6 cm. Rx OXON</b> <b>PRONA (E) a dor osseos</b>								
Exame Físico	<b>RGG em bivalvula, ANR 111 Pulsos PDD (F144). AP 2 AR 2 APR</b> <b>E XREBPA, se com HBD e FLACIDOS, indolor si VMO</b>							
Hipótese Diagnóstica	<b>FX</b>							
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> LTC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PREScrição					APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
① ART 2 UN. IR ② DOLOROS 2g GV ③ TRAVIL 20 g GV ④ SE 0,9% 1000 ml GV ⑤ CEFALGICINA 2g GV ⑥ GUTAMICINA 240 mg GV						Christiano B. Lima 165- Entregue Correto: RR 5/5		
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <b>OCFOP</b> <b>PC-DONA MARIA LIMA</b> Data e Hora da Saída/Alta: / / / / / /							
óbito	<input type="checkbox"/> Até 12 Meiodimento? ( ) Sim ( ) Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anagore Patológica / / / / / /							

Impresso por: eliene

**Carimbo e Assinatura do Médico**



BOLETIM OPERATÓRIO

Ramundo  
Sousa

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 8.3.20 O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º auxiliar:

INSTRUMENTADORA:

Dr. Jonathan C. Lopes  
Ortopedia e Traumatologia  
Anestesia: \_\_\_\_\_  
Cirurgião TESTE: 272

FIM: CRM-RR 1759

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Posic em DDI sob sedoanalgo  
② Anest e Alívio  
③ Adensão de corso esquerdo  
④ UMC de ferimento com 370,9% 10L  
⑤ Colocação de gesso externo  
em gesso e com regulagem de dedos  
com auxílio de intensificadores de  
impressão  
⑥ Sutura com Nylon  
⑦ Adaptação curvada

Assinatura: \_\_\_\_\_  
CRM-RR 1759





# EMERGÊNCIA

## FICHA DE ANESTESIA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

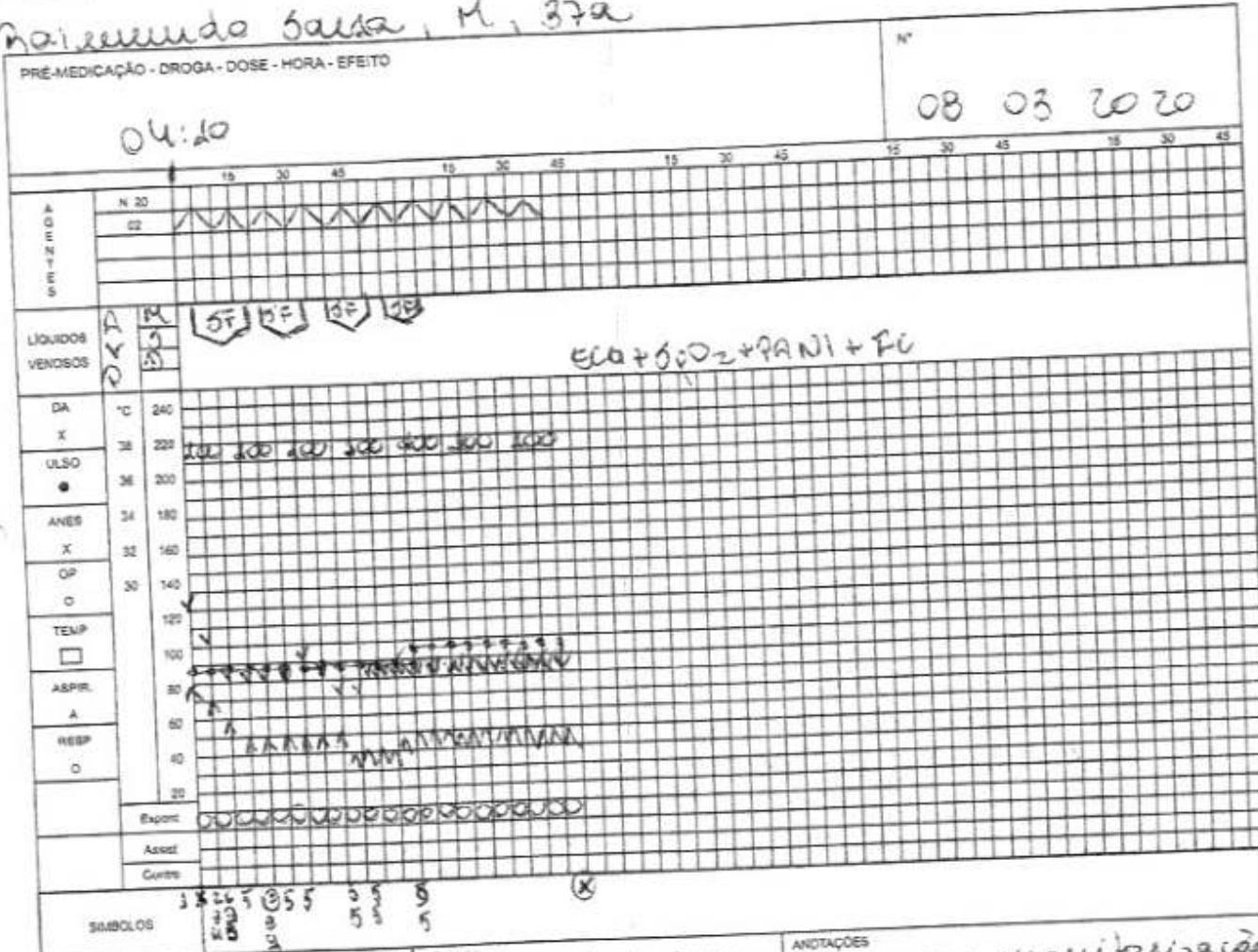
Naimeundo Gaura, M., 37a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

04:20

Nº

08 03 2020



AGENTES	DOSSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Feefitamol 50mg	Anestesia hiperbárica com sedação	1. Unidade + monitorização.
B	Midazolam 2mg	2. Suxamato	
C	Neostamina 0,5% 3ml	3. Injeção SA / L3-Lu / Quincke 250	
D		medicina / assistiva / LUTI®.	
E		3. Bupivacaina hiperbárica 0,5%.	
F		4. SA 3ml SA	
G		5. Bupivacaina 5 mg IV	
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cloruro - Naso / Ora Faríngea	
		Naso / Orotáqueal - Caga	
NOVO		Bil - Temo - Catete de Tubo	
SANGUE		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
5F 2000 ml		Nº 20	
TOTAL 2000 ml	100	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO + x 2 fases extensa de ferura (2).			

ANESTESIA: Dr. Edilson  
CÓDIGO: Dr. Jaratas.

Laringo - Espasmo - Encarceramento  
Desassento Respiratório - Hipoxia  
"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Arritmia  
Brad Taquicardia - Choque

Dr. Daniel

Bruno Thiago DELETTY  
MÉDICO  
CRM-RR 1028

- PERDA SANGUÍNEA  
Colaptovascular  
6. Dexanestetase 10 mg IV  
7. Urofagoso 100 mg IV  
X - SA 500  
8. Fentanil 50 µg IV  
9. Midaglum 2 mg IV

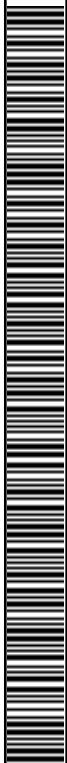




GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

### FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Ricardo Souza</i>	APT OU LEITO <i>G1</i>	Nº DO PRONTUÁRIO <i>06 103 100</i>	DATA <i>06/01/2021</i>		
CIRURGIA					
TIPO <i>Coletores de fecos em perna "P"</i>		INICIO <i>04:25</i>	TEMPO DE DURAÇÃO <i>06:15</i>		
CIRURGIÃO <i>Dra. Jonathan</i>		EQUIPE MÉDICA <i>Edilene</i>	TEMPO TOTAL <i>37 min</i>		
1º AUXILIAR <i>Dr. Augusto</i>	ANESTESISTA: RES. ANESTESIA: INSTRUMENTADOR <i>Ki Daniel</i>				
2º AUXILIAR	CIRCULANTE <i>Olivia Gracil Bernadete +</i>				
TIPO DE ANESTESIA: <i>GAZEL 04:20</i>		TEMPO DE DURAÇÃO: <i>1 hora</i>			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO <i>50ml</i>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE <i>Cláudia</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO - <i>50ml</i>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO GLICOSADO	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO VICRYL N°	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO MONONYLON N° 2.0 <i>11</i>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI N° 22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO CATGUT SIMPLES N°	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUCÇÃO N°	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO CATGUT CROMADO N°	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX N°	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO PROLENE N°	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE N°	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	FIO SEDA N° <i>Aduanas Unipen (60cm)</i>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 01ML	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SURGICEL <i>50g p/ náuseas</i>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 03ML <i>was Vanel (P)</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	CERA P/ OSSO	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML <i>Escoa plástica</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	KIT CATARATA N° <i>Agulha p/ roqui n. 26</i>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	GEOFOAM PURP <i>Jesico</i>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 20ML	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	FITA CARDIACA <i>Floripidina 41</i>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Cateter O2</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	OUTROS: <i>eléctrodo</i>	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>+100 ml Need à fl.</i>					<input checked="" type="checkbox"/>
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA T.C DO PACIENTE		VALOR	
INSTRUMENTADOR (A) <i>Salvane</i>	ENFERMEIRA CHEFE <i>Gabriela</i>	MATERIAL CONSUMIDO		SUB- TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	CIMENTOS			
		TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		SOMA	





ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASIL FEROS"

## CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: <u>Ortopedia</u>	Procedimento Realizado: <u>Fixação externa em MJE</u>		
Nome do Paciente: <u>Kaimundo Sousa</u>	IDADE: <u>37 a</u>	SEXO: F ( ) M ( <u>+</u> )	Nº do Prontuário	Data <u>05/03/2020</u>
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala <u>CM</u>	Circulante de Sala: <u>3 - Dr. Daniel</u>

**CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:**

Fixador Lay Fix e/ Buna 350  
Dados dos materiais/Serviço

MÉDICO CIRURGÃO: Rainha 1º AUXILIAR:

**INSTRUMENTADOR:**

**ÉDICO CIRURGÃO:** \_\_\_\_\_ **1º AUXILIAR:** \_\_\_\_\_

**STRUMENTADOR:** \_\_\_\_\_

## **IA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE**

IPME/CME

Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Fone: (65-95) 2121-6337

Name: Renee Lee Sander

Data: 08/03/2020

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		INTRA-OPERATÓRIO				Sinais Vitais									
Cirurgia Proposta:		Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRE-	DOR
1. Informações:														0/10	
Jejum ( ) Sim ( ) Não															
Prótese ( ) Sim ( ) Não															
Exames ( ) Sim ( ) Não															
Reserva UTI ( ) Sim ( ) Não															
Lateraldade ( ) Sim ( ) Não															
PNE ( ) Sim ( ) Não															
Alergia ( ) Sim ( ) Não															
Qual: _____															
Reserva de Hemoderivado: ( ) Sim ( ) Não															
Outros: _____															
2. Chegou ao Centro Cirúrgico:															
) Deambulando															
) Consciente															
) Com Suporte de O2															
) TOT															
) Agitado															
3. Sinais Vitais:															
R <u>80</u> bpm															
FC <u>72</u> bpm															
PA <u>124/64</u> mmHg															
SAT <u>99</u> %															
( ) Regular ( ) Irregular															
4. Anotações (Admissão do Paciente):		<u>Aduva 140</u>													
a) Síntese:		<u>dores</u>													
b) Procedimento:		<u>Extrato de cítrico</u>													
c) Envolvimento:		<u>dores</u>													
d) Histórico:		<u>Negativo</u>													
e) Exames:		<u>Exame clínico</u>													
f) Anamnese:		<u>Exame clínico</u>													
g) Medicamentos:		<u>Exame clínico</u>													
h) Exames:		<u>Exame clínico</u>													
i) Diagnóstico:		<u>Exame clínico</u>													
j) Tratamento:		<u>Exame clínico</u>													
k) Prognóstico:		<u>Exame clínico</u>													
l) Observações:		<u>Exame clínico</u>													
m) Outros:		<u>Exame clínico</u>													
n) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>R 80 bpm</u>													
o) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>FC 72 bpm</u>													
p) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>PA 124/64 mmHg</u>													
q) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>SAT 99 %</u>													
r) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>SpO2 99 %</u>													
s) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Temp 36,8 °C</u>													
t) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Hb 14 g/dL</u>													
u) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Hct 42 %</u>													
v) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Plt 250.000/mm3</u>													
w) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>SG 5%</u>													
x) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Na 135 mEq/L</u>													
y) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>K 4,5 mEq/L</u>													
z) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Cl 102 mEq/L</u>													
aa) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>CO2 25 mmHg</u>													
bb) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Bicarbonato 25 mEq/L</u>													
cc) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Pco2 35 mmHg</u>													
dd) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>PCV 30 mL/dL</u>													
ee) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Urea 10 mg/dL</u>													
ff) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Globulinas 100 mg/dL</u>													
gg) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Proteínas totais 7 g/dL</u>													
hh) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Transferrin 2 g/dL</u>													
ii) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Albúmina 4 g/dL</u>													
jj) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
kk) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Albumina 4 g/dL</u>													
ll) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
mm) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Proteínas totais 7 g/dL</u>													
nn) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Transferrin 2 g/dL</u>													
oo) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
pp) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Albúmina 4 g/dL</u>													
qq) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
rr) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Proteínas totais 7 g/dL</u>													
ss) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Transferrin 2 g/dL</u>													
tt) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
uu) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Albúmina 4 g/dL</u>													
vv) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
ww) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Proteínas totais 7 g/dL</u>													
xx) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Transferrin 2 g/dL</u>													
yy) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
zz) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Albúmina 4 g/dL</u>													
aa) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
bb) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Proteínas totais 7 g/dL</u>													
cc) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Transferrin 2 g/dL</u>													
dd) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
ee) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Albúmina 4 g/dL</u>													
ff) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
gg) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Proteínas totais 7 g/dL</u>													
hh) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Transferrin 2 g/dL</u>													
ii) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
jj) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Albúmina 4 g/dL</u>													
kk) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
ll) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Proteínas totais 7 g/dL</u>													
mm) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Transferrin 2 g/dL</u>													
nn) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
oo) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Albúmina 4 g/dL</u>													
pp) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
qq) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Proteínas totais 7 g/dL</u>													
rr) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Transferrin 2 g/dL</u>													
ss) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
tt) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Albúmina 4 g/dL</u>													
uu) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
vv) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Proteínas totais 7 g/dL</u>													
ww) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Transferrin 2 g/dL</u>													
xx) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
yy) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Albúmina 4 g/dL</u>													
zz) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
aa) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Proteínas totais 7 g/dL</u>													
bb) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Transferrin 2 g/dL</u>													
cc) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
dd) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Albúmina 4 g/dL</u>													
ee) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
ff) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Proteínas totais 7 g/dL</u>													
gg) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Transferrin 2 g/dL</u>													
hh) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
ii) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Albúmina 4 g/dL</u>													
jj) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
kk) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Proteínas totais 7 g/dL</u>													
ll) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Transferrin 2 g/dL</u>													
mm) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
nn) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Albúmina 4 g/dL</u>													
oo) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
pp) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Proteínas totais 7 g/dL</u>													
qq) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Transferrin 2 g/dL</u>													
rr) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
ss) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Albúmina 4 g/dL</u>													
tt) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
uu) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Proteínas totais 7 g/dL</u>													
vv) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Transferrin 2 g/dL</u>													
ww) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
xx) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Albúmina 4 g/dL</u>													
yy) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
zz) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Proteínas totais 7 g/dL</u>													
aa) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Transferrin 2 g/dL</u>													
bb) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
cc) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Albúmina 4 g/dL</u>													
dd) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
ee) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Proteínas totais 7 g/dL</u>													
ff) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Transferrin 2 g/dL</u>													
gg) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
hh) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Albúmina 4 g/dL</u>													
ii) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													
jj) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Proteínas totais 7 g/dL</u>													
kk) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Transferrin 2 g/dL</u>													
ll) Sinais Vitais: Saída da SO		<u>Gamma GLO 100 mg/dL</u>													



307-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HGR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN			
PACIENTE	<i>Diamundo Sojota</i>				
AGNÓSTICO	<i>IX de Dorsalgia</i>				
ALERGIAS	+	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	<i>8/3/20</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>7/00</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				<i>7/00</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				<i>7/00</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>7/00 22</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA				<i>06</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>7/00</i>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				<i>7/00</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>NTF</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>7/00</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>7/00</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>7/00</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>7/00</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>7/00</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>7/00</i>
15	<i>Titolo 20mg EV 12/12h</i>				<i>7/00</i>
16					
17					
18					
19					
20					
21					

**SE DIABÉTICO** CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA:  
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70  
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

**EVOLUÇÃO MEDICA:**  
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA  
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
# PREVISÃO DE ALTA: :

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

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
CENTRO DE CLÍNICA DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PREScrição MÉDICA

HGR  
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN		
PACIENTE	Ramundo Souza			
DIAGNÓSTICO	Fratura Esquerda Do Braço (L)			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	107-L	DATA	08/03/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H suspenso	SUSPENS		
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	20/05		
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	24		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	24		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	24		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H	62 60 70		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	24 21 60 70		
10	SSVV + CCGG 6/6 H	24		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	24		
14	CURATIVO DIARIO	24		
15	Geralmente Amanhã EV 12/12h	24 21 60 70		
16	Medicamenteously EV 06/6h	24 60 70		
17				
18	<b>SE DIABÉTICO</b> 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 ≥ 240 mg/dL 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	Dr. Francisco Okemiri Médico CRM/RR 1851		
19				
20				
EVOLUÇÃO MÉDICA:				
TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA				

SINAIS VITAIS			
6 H	94/165	81	362
12 H			
18 H			
24 H	103/167/ X41		135°C

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

Devolver ao NIR após  
transcrição

107-1

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

HGR

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	RAIMUNDO SOUSA		
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE Perna ESQUERRDA		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	107-1	DATA 11/03/2020
ITEM	HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE	S/N	
2	AVP	manhã	
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	18.06	
4	TILATIL 20MGEV DE 12/12H	20.08	
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODÉ 6/6H	12.18.29.06	
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	06.	
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR	S/N	
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	NTF	(18.12.06)
12	AVP		
13	CURATIVO	7	adorno
14	SSVV + CCGG 6/6H		
15			
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,  
COMUNICATIVO, ALIMENTANDO., FUNÇÕES FISIOLÓGICAS  
PRESERVADAS , SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL,  
EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES  
FISIOLÓGICAS PRESERVADAS , EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM  
MIE

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE
6 H	PA	FC	FR	T	CRM-RR
12 H	135x68	85	20	36°C	+RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
18 H	100x50	80		36.5°C	TRAUMATOLOGIA
24 H					

11h feito medicamento e SSVV  
CPM. Tec-Saigra

22:00 Paciente no HC

Diana Ribeiro  
Técnica EFE  
COREN-PE 017014-15

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



MISSÃO	DIH	DN	
FONDO SOUSA			
MERA EXPOSTA DE Perna Esquerrada			
HAS	DM2		
LEITO	107-1	DATA	09/03/2020
			HORÁRIO

EXACING 400MG EV OLI 500MG VO DE 12/12H

SEARCHING 4880M2  
IMAGEVIEW 12/12H

2015 FV QH 500MG VODE 6/6H

AZOL 40MG EV 1XAO DIA

G EV 8/8H S/N

100MG + SFG 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR I

1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

125 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

CHIA EDOMG EV OU VO DE 6/6H

*Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 35, No. 4, December 2010  
DOI 10.1215/03616878-35-4 © 2010 by The University of Chicago

13  
14 5/5H  
15

**14.14.1. INFORMAR COM INSULINA REGULAR (SC),  
14.14.2. ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;  
14.14.3. 400: 8 UI; E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE  
14.14.4. VL EV + AVISAR PLANTONISTA**

DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,  
ENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS  
EXAS ÁLGICAS.

31. ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL,  
32. HIDRATADO, FUNÇÕES  
33. EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM

130x9	FC	FR	DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
130x9	86	CA	3655
111x69	79		36

17:35

87

249

PA 113 X G7 FC 71 b  
TAN, 36°C

DATES  
PA 104 VFB  
TAX 391 C  
FC 81

MS Pitt Greek 46' om  
Quarto leaves 1-160  
*MS Pitt Greek 46'*  
Cohen-RR-923.054-TE

104-L

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

GOV. ESTADO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	RAIMUNDO SOUSA		
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE Perna ESQUERRDA		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	
ITEM	THORÁCICO		
1	DIETA ORAL LIVRE	SUD	
2	AVP	mantendo	
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	12/03	
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H	12/03	
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H	12/03	
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA	12/03	
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	12/03	
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN	12/03	SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	12/03	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	12/03	
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	12/03	
12			
13	CURATIVO	7/01/2020	
14	SSVV + CCGG 6/6H		
15			
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE
6 H	116/72	88	FR	36°C
12 H	117/71	81		36
18 H	108/61	81		36
24 H	116/79	72		36°C

Plantão matutino fez anamnese e exame.  
Exames laboratoriais realizados:  
SSVV e medição de glicose.  
Fura 11 na farmácia.

06/01/2020  
fura 11 na farmácia  
- 06/01/2020

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

<b>HGR</b> Hospital de Ribeirão	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1 Leito: 107 - 1	Versão:08 Data: 10 /03 / 2020	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
---------------------------------------	---	----------------------------------	----------------------------------	--------------------	--------------------



107-1

## HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

### RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 19/01/2021

PACIENTE: Reimundo Souza DN: 256082

DIAGNOSTICO(S): *pedir exame de urina e*

DIH: 213410

KANBAM: Dieta:

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA / / ): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: K: Ca: Cl:

HCO<sub>3</sub>: PH: BE: PO<sub>2</sub>: PCO<sub>2</sub>:

EAS:

CULTURAS ( / / ): \_\_\_\_\_

IMAGEM \_\_\_\_\_

EXAMES DE TRANSFERNCIA (DATA / / ): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:

Cl: HCO<sub>3</sub>: PH: BE: PO<sub>2</sub>: PCO<sub>2</sub>:

EAS:

IMAGEM \_\_\_\_\_

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA:

*ATB + Sh tamoxif*

EVOLUÇÃO CLINICA:

*Sem nexo com clínico*

Boa Vista, 11 de Janeiro de 2021 Hora: \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Medico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

CRM \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Medico Regulado



...: Laudo de Internação (Ronam Pacheco) ...

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO  
HOSPITALAR - AIH

Prontuário 00179010	Data Internação 08.03.20	Data da Saída 31.03.20
Número da AIH:	142010002765-4	ceto
Enfermaria JOA		01

Dados do Paciente

Estabelecimento Executante HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR	CNES 2319659
---	-----------------

Nome do Paciente RAIMUNDO SOUSA
------------------------------------

Cartão do SUS 703400216255916	Data de Nascimento 25/10/1982	SEXO 1 - Masculino	Raça/Cor PARDA
----------------------------------	----------------------------------	-----------------------	-------------------

Nº RG, CPF ou Registro de nascimento Identidade - 26493920034	Nacionalidade BRASILEIRA
--	-----------------------------

Nome da Mãe MARIA DO SOCORRO SOUSA
---------------------------------------

Nome do Responsável RAIMUNDO SOUSA	Fone p/ Contato
---------------------------------------	-----------------

Endereço RUA - VERIADOR WALDAMER GOMES	Número 847	Bairro SENADOR HELIO CAMPOS
---	---------------	--------------------------------

Município BOA VISTA	Código do IBGE 140010	UF RR	CEP
------------------------	--------------------------	----------	-----

Dados da Internação

CPF Médico Sol - CRM 1964	Médico Solicitante AUGUSTO	Cartão SUS
------------------------------	-------------------------------	------------

Procedimento Solicitado 0408050500	Procedimento Principal	Esp 02	C. Int 02	CID P 5628	CID S V299	CID CA	M. Sa 31
---------------------------------------	------------------------	-----------	--------------	---------------	---------------	--------	-------------

Em caso de Parto: Nasc Vivo  Nasc Morto  Alta  Trans  Óbito

Procedimentos Realizados

Linha	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Ope	CPF/CNPJ	CRM	CBO	QNT	C UTI
01	04				1959		01	
02	02				1964		01	
03	06				(025		01	
04	07				1964		03	
05								
06								
07								
08								
09		0702030106	20276602.03.20		99	135	01	
10								
11								
12								
13					57-12	202003	02	
14								
15								

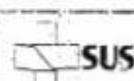
Autorização

Nome Médico Autorizado Ronam Pacheco de Carvalho	Data Autorização 05/05/20	CPF Autorizado 768.264.736-15	CNS Autorizado 898 0007 5018 1917
---	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

Nome do Médico Auditor	Data Auditoria / /	CPF Auditor	CNS Auditor
------------------------	-----------------------	-------------	-------------

FATURISTA  
  
CONTABILIZAÇÃO E GESTÃO HOSPITALAR





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

NIR

2 - CNES

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Karimemar Souza

6 - N° DO PRONTUÁRIO

179010

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/10/82

9 - SEXO

Masc

1

Fem

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria do Socorro Souza

11 - FONE DE CONTATO

DDD 08411-5828

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Venâncio Waldemar Gomes - 847 - Hélio Campos

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RK

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com quadro agudo de dor no abdômen. Esquente.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Abdominal

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

Rx + Idone

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Abdômen agudo

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Integro estomia plástica

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

( ) CNS ( ) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

José Lemos

01/01/2021

Ortopedia

Cirurgia

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

8/4/20

0408050500

5828

V299

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 8.3.20 O.S. \_\_\_\_\_

Raimundo  
Sousa

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Foldas exostose nas E*

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: *Ressecção das exostoses*

TIPO DE INTERVENÇÃO: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGÃO: *Augusto* 1º auxiliar: *Augusto*

2º auxiliar: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADORA: *Augusto*

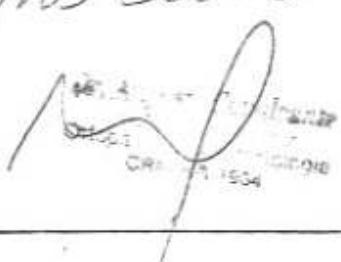
3º auxiliar: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: *Dr. Jonathan C. Lopes*  
*Ortopedia e Traumatologia*  
*Claudio Antônio Belo*  
*Cláudia Esteves* ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: *08:00 AM - 17/03/2020* DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Posicione em DOL sob sedação geral  
② Antebraço e punho  
③ Liberação de coxim estéril  
④ UMC de ferimento com 5% 0,9% 10%  
⑤ Colocados os ganchos internos  
em VMA e com redução de fratura  
com auxílio de intensificador de  
imagem  
⑥ Sutura com NYLON  
⑦ No final após curvatura





## EMERGENCIA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
— "Amazônia Patrimônio dos Brasileiros" —

## FICHA DE ANESTESIA

Mazamero Salsa, H., 37a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

14

04:10

08 03 2020

ANESTHESIA

60

00100 CIRURGÃO Dr. Júlio

PERIODICA SANCTIONUM

Mr Daniel

6. Dexamethasone mg IV
7. Urodesmus 100 mg IV
- X - 5% A.
8. Fentanyl 50 µg IV
9. Midazolam 2 mg IV

Bruno Thibago D. C. F. P.  
MÉDICO  
CRM-FRR 1025



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

### FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA		
Mauricio Soárez	GT		08/01/20		
CIRURGIA					
TIPO <i>Colectare de ferida em Perna "F"</i>		TEMPO DE DURAÇÃO			
		INICIO 04:25	FIM 06:15		
		TEMPO TOTAL			
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO Dr. Jonathan	ANESTESISTA: Edinei				
1º AUXILIAR Dr. Augusto	RES. ANESTESIA: Daniel				
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
CIRCULANTE <i>Gabriela Góes + Ramon + Isabela</i>					
TIPO DE ANESTESIA: Gáseas 02:30		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
721	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		50	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	50ml
721	PACOTES GAZE		10	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO - 50ml	
7	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
1	LUVA ESTERIL 8.0		7	FIO MONONYLON N° 2.0 / 1 m	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
12	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M)			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
1	LÂMINA BISTURI N° 22			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	<i>Aciunas Crion (50ml)</i>
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL	<i>Argip. do Istraco 02g</i>
1	SERINGA 03ML	<i>Líquido Venil (P)</i>		CERA P/ OSSO	
1	SERINGA 05ML	<i>Ecova plástica</i>		KIT CATARATA N°	<i>Agulha p/ reequilíbrio 26</i>
1	SERINGA 10ML		± 80ml	GEOFOAM PURP	<i>Jóias</i>
~	SERINGA 20ML		± 50ml	FITA CARDIACA	<i>Corrugada 4i</i>
1	Catalan O <sub>2</sub>		1	OUTROS:	<i>eletricidade</i>
<i>+ 100ml Aded à 30%</i>					
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA T.C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Selma Gabriela	ORTOPENTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55-1110040000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350 Ref.: 4747/08 Lote: 15.0000968 Registro ANVISA: 10223710095			1. MAMENTOS
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	SUB- TOTAL			
TAXA DE SALA					
TAXA DE ANESTESIA					
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			SOMA		



**SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA  
CENTRO CIRÚRGICO/SRPAP**

CENTRO CIRÚRGICO/SRP/PA

Nome: Raimundo Souza  
Data de Nasc: 25/10/82 Idade: 37 Ano: 2010  
Setor/Leito:

Data: 02 / 03 / 2000



ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Ronvaldo Souza  
Responsável Cirurgião

**ENTRADA** (sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- Identidade  
 Sítio Cirúrgico  
 Procedimento  
 Consentimento  Sim  Não

RISCO CIRÚRGICO

- Aplica  Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- Sim  Não  Não se Aplica

**VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA**

CONCLUÍDA

**OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO**

**O PACIENTE POSSUI:**

- ALERGIA CONHECIDA  
 Não  Sim, Qual: \_\_\_\_\_  
 VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO  
 Sim, e equipamento/assistência disponíveis

**RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml**

- Não  
 Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

ANTES DA INCISÃO

Anestesista D. Gólio | Davivaldo

**PAUSA CIRÚRGICA** (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente  
 Sítio cirúrgico  
 Procedimento

**EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:**

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

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

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estilos presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:  
COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO  
REGISTRADO  
 Sim  Não

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

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

- Sim  Não  Não se Aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

**SAÍDA** (Sala Pós Operatória)

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

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO  
REGISTRADO

- Sim  Não se Aplicam

- 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

AS IMAGENS ANTIMICROBIANA ESTÃO DISPONÍVEIS.

Data 1/1/2020 Assinatura Carvalho  
Hora: 09:00

*G. de Carvalho*  
Assinatura e Carimbo

107-1.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN		
PACIENTE <i>Ramundo Soárez</i>					
AGNÓSTICO <i>Nº de Orm do paciente</i>					
ALERGIAS <i>Y</i>	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE LEITO		DATA <i>8/3/20</i>			
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1 DIETA ORAL LIVRE					<i>14/00</i>
2 ACESSO VENOSO PERIFERICO					<i>14/00</i>
3 SF 0,9% 500ML EV S/N					<i>14/00</i>
4 DIPIRONA 500MG EV 6/6H					<i>14/06 22</i>
5 OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA					<i>14/06</i>
6 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					<i>14/00</i>
7 NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4					<i>14/00</i>
8 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h					<i>NTF</i>
9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N					<i>14/00</i>
10 CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H					<i>14/00</i>
11 CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H					<i>14/06 22</i>
12 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					<i>14/00</i>
13 SSVV + CCGG 6/6 H					<i>14/00</i>
14 CURATIVO DIÁRIO					<i>Retirar</i>
15 <i>Titânio 20mg EV 12/12h</i>					<i>14/00</i>
16					
17					
18					
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:  
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70  
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MEDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# SOLICITADO : RX: # CONDUTA: MANTIDA  
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
# PREVISÃO DE ALTA :

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

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
CENTRO DE CLINICA DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	Raimundo Souza			
DIAGNÓSTICO	Fratura Espreita De Fibula (2)			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	107-L	DATA	08/03/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			11/03
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			manhã
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	Suspenso		SUSPENS
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			22:00
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN			11
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			11
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			11
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H			11
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			07 07 74
10	SSVV + CCGG 6/6 H			07 07 74
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			11
14	CURATIVO DIARIO			11
15	Gentamicina 40mg ev 12/12h			22:00
16	Amiodarona 60mg ev 06/6h			06/03/2020
17				
18	<b>SE DIABÉTICO</b> 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 ≥ 180 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			DR. GOMES Medico CRM/RN 3851
19				
20				

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS			
6 H	94/105	81	36°C
12 H			
18 H			
24 H	103/160	84	135°C

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

Devolver ao NIR após  
transcrição

107-1



GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	RAIMUNDO SOUSA		
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE Perna ESQUERRDA			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	107-1	DATA 11/03/2020
ITEM			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SN/DS madrugada
2	AVP		18:00
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H		20:00
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H		22:00
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODÉ 6/6H		22:00
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA		22:00
7	PLASIL 10MG EV 8/8H 5/N		22:00
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR JR		SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	NTF	(18) 124 06
12			
13	CURATIVO		
14	SSVV + CCGG 6/6H		7 Relieve
15			
16			
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,  
COMUNICATIVO, ALIMENTANDO., FUNÇÕES FISIOLÓGICAS  
PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL,  
EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES  
FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM  
MIE

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	135x68	85	20	36°C	
18 H	100x50	80		36.5°C	
24 H					

11h feito medicamento e SSVV  
CPM. Tee-Suigra

22:00 Paciente ac HC

Diário Rj-1  
Técnica 01-2  
Corrência 01-14 (F)

HOSPITAL GERAL DE PORAÍMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREScrição MÉDICA



ISSÃO

DIH

DN

INDO SOUSA

TRAJERA EXPOSTA DE PERNAS ESQUERRAS

HAS

DM2

LEITO

107-1

DATA

09/03/2020

REAL LIVRE

HORÁRIO

OXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H

COMGEV DE 12/12H

PARACETAMOL EV OU 500MG VODE 6/6H

AZOL 40MG EV 1 X AO DIA

SHAG EV 8/8H S/N

100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IR

CPA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

125 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

CHIA 600MG EV OU VO DE 6/6H

45/6H

INTERCALADO

Retina:

INSCRIÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),

ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;

351-400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE

DL/ML EV + AVISAR PLANTONISTA

DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,  
ENTENDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS  
USCAS ÁLGICAS.

OTEL ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL,  
ACID, HIDRATADO, FUNÇÕES  
USCAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM

130g	FC	FR	DR AUGUSTO CAVALCANTE
130g	86	69	CRM-RR
111.69	79	36	RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PA

24HMS

PA 113x67 FC 71bp

TAN 36°C

06/03  
PA 104V68  
TAN 39°C  
FC 81

06/03 pote seu queixa qd' o mundo  
queijo creme sabor  
CRM-RR 931.054-E

104-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	RAIMUNDO SOUSA			
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE PERNAS ESQUERDA			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	DATA		
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SUD
2	AVP			manter
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H			12/12
4	TILATIL 20MGEV DE 12/12H			12/12
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H			12/12
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA			12/12
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			12/12
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN			SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			12/12
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H			12/12
12				
13	CURATIVO			Retirar
14	SSVV + CCGG 5/6H			
15				
16				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:				
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, AFINO, RELATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.				
#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM MIE				

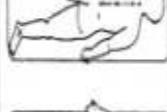
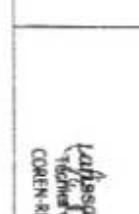
SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE
6 H	116/72	FE8	FR	CRM-RN
12 H	117x71	81		RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
18 H	108/61	81	36°	TRAUMATOLOGIA
24 H	116/70	72	36°	

Pontos matutinos  
est acordado leite rechado  
ssvv e medicação de horário.  
dura 11 h tem na farmácia

06/01 para m m  
para m m com  
- ssjuv 13/01/16

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

<b>HGR</b> Hospital de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1 Paciente: <u>Raimundo Souto</u> Leito: <u>107 - 1</u>	Versão: 08 Data: <u>10/03/2020</u>	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
---	---	--	---------------------------------------	--------------------	--------------------

Localização		Região: M 1 E
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : _____ Traction ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro: _____	 Grau: I ( ) II (Y)
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	 Grau: I ( ) II (Y)
Pele Perilesional	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____	 Grau: I ( ) II (Y)
Tipo de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	 Grau: I ( ) II (Y)
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	 Grau: I ( ) II (Y)
Solução de Limpeza	(Y) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	 Grau: I ( ) II (Y)
Cobertura primária	(Y) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____	 Grau: I ( ) II (Y)
Troca	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	 Grau: I ( ) II (Y)
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermeira COREN RR 965 152 TE	 Vanessa da Silva Rodrigues Técnica Enfermeira COREN RR 965 152 TE
Observações:		 Larissa Alves Moraes Técnica Enfermeira COREN RR 1.247.428 - TE



107-1

## HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

### RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 11/01/2020

PACIENTE: Raimundo Soysa DN: 2560802  
DIAGNOSTICO(S): poliom. edema do joelho E

DIH: 21.5.2020

KANBAM: \_\_\_\_\_ Dieta: \_\_\_\_\_

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_): Hb: \_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_ Ur: \_\_\_\_ Cr: \_\_\_\_

Leuc: \_\_\_\_\_ Seg: \_\_\_\_\_ Plaquetas: \_\_\_\_\_

Na: \_\_\_\_\_ K: \_\_\_\_\_ Ca: \_\_\_\_\_ Cl: \_\_\_\_\_

HCO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ PH: \_\_\_\_\_ BE: \_\_\_\_\_ PO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

EAS: \_\_\_\_\_

CULTURAS (\_\_\_\_ / \_\_\_\_): \_\_\_\_\_

IMAGEM \_\_\_\_\_

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_): Hb: \_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_ Ur: \_\_\_\_ Cr: \_\_\_\_

Leuc: \_\_\_\_\_ Seg: \_\_\_\_\_ Plaquetas: \_\_\_\_\_ Na: \_\_\_\_\_ K: \_\_\_\_\_ Ca: \_\_\_\_\_

Cl: \_\_\_\_\_ HCO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ PH: \_\_\_\_\_ BE: \_\_\_\_\_ PO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

EAS: \_\_\_\_\_

IMAGEM \_\_\_\_\_

ANTIBIÓTICO

USADO: \_\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO: \_\_\_\_\_

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA:

ATB + Shitomadim

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Sem nexo com clínico

Boa Vista, 11 de Janeiro de 2021 Hora: \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Medico Assistente

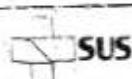
Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

CRM \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Medico Regulador

• Алексей

Transf: 11103120



Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNACÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		
NIR		4 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		
Identificação do Paciente		5 - N° DO PRONTUÁRIO
5 - NOME DO PACIENTE		179010
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO
		25/10/82
8 - SEXO		Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - DOD
Maria do Socorro Souza		11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BARRA)		Nº DO TELEFONE
Rua Venâncio Waldemar Coimbra - 8417 - Hélio Campos		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
Boa Vista		15 - UF
		16 - CEP
		RIF
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		
paciente com fratura exposta de omos do perno. Esquerda		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		
Rx Acima		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		
Rx + exames gerais		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL
Rx esgotado permanece		22 - CID 10 SECUNDÁRIO
		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
Rx esgotado permanece		
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
		28 - DOCUMENTO
		( ) CNS ( ) CPF
		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
Tomás Souza		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)		
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURODORA
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		37 - N° DO BILHETE
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		38 - SÉRIE
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO		
40 - CNAE DA EMPRESA		
41 - CBOR		
AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR
		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
( ) CNS ( ) CPF		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
		0408050500 5828



Michele - PAPD

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: **RAIMUNDO SOUSA** 37 ANOS  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: **11/03/2020**, COM  
DIAGNÓSTICO DE **FX EXPOSTA DE PERNAS E** E NO DIA  
**11/03/2020**, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
SENDO  
OPERADO PELO DOUTOR **ALBERTO** E P/ DR **0**  
RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA **11/04/2020** ÀS \_\_\_\_\_, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
  
COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM **03 (TRÊS)** SEMANAS, COM O  
DOUTOR **ALBERTO**.

### ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. *Eduardo Vieira*

sábado, 11 de abril de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

CRM 1231 RR  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia



RAIMUNDO SOUZA

4422

HOSPITAL CORONEL MOTA

26/06/2020

Marcos

617%

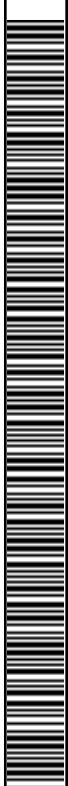




RAIMUNDO SOUSA  
37 ano(s) 25-10-1982

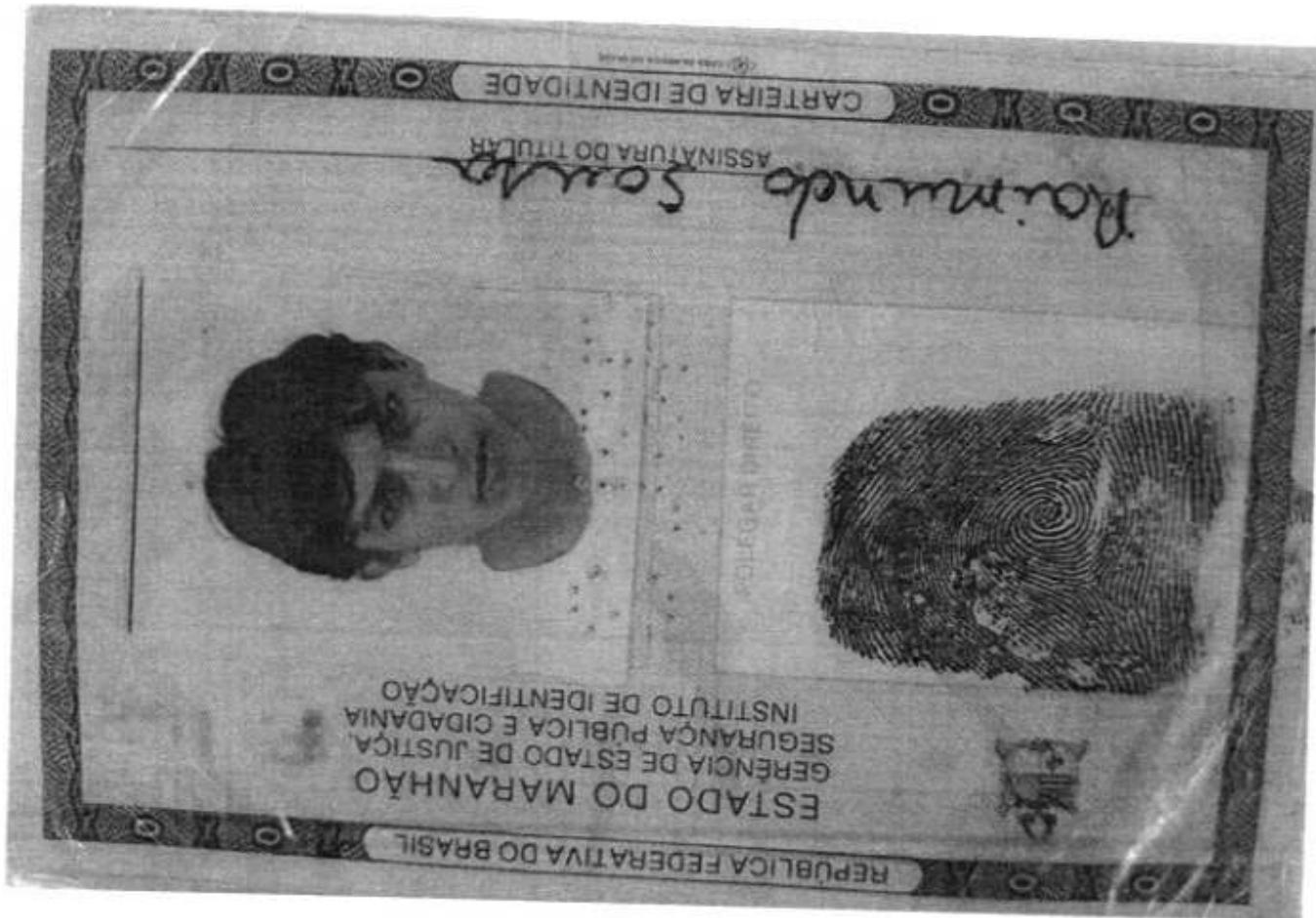
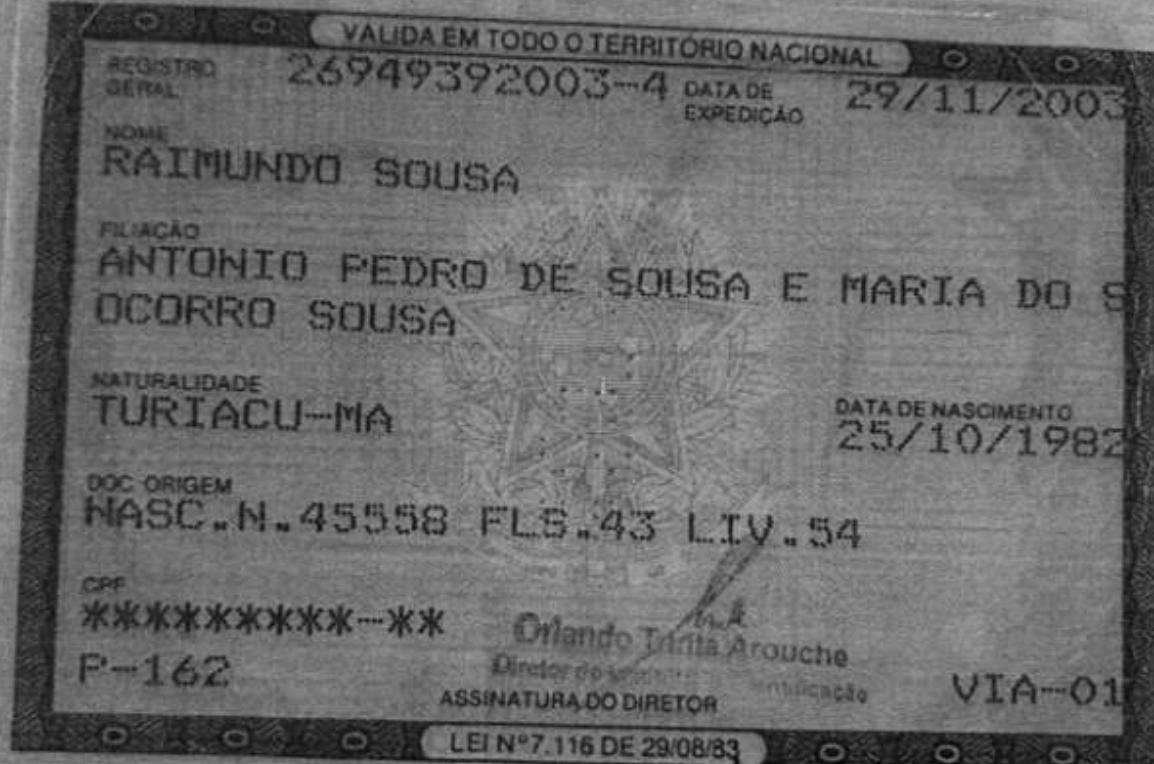
29-01-2021 20:38:01

POLICLINICA COSME E SILVA









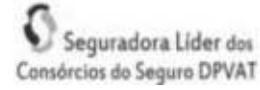
(3) WhatsApp

**MINISTÉRIO PÚBLICO**  
**DETRAN-RR**  
CERTIFICADO DE REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE VENCIMENTO DE VEÍCULO

**RR № 014997498137**  
**02 01081732226**  
**ELTON ALVES DA SILVA**  
**009-723-062-69**  
**06/03/2020**

<b>PAS/MOTOCICLETA/NAO APLICA.</b>	<b>MARCA/Modelo</b>	<b>HONDA/CB150 START</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>2F/0149CC/</b>	<b>CONDICIONA</b>	<b>VEIC COIA UNICA</b>	<b>VALOR</b>	<b>DATA</b>	<b>PERÍODO</b>	<b>VALOR</b>	<b>DATA</b>
<b>IP</b>	<b>V</b>	<b>PAGOU</b>	<b>PAGOU</b>	<b>PARTICIU</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>11-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>3-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>12-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>4-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>13-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>5-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>14-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>6-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>15-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>7-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>16-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>8-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>17-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>9-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>18-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>10-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>19-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>11-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>20-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>12-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>21-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>13-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>22-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>14-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>23-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>15-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>24-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>16-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>25-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>17-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>26-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>18-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>27-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>19-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>28-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>20-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>29-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>21-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>30-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>22-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>31-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>23-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>32-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>24-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>33-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>25-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>34-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>26-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>35-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>27-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>36-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>28-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>37-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>29-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>38-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>30-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>39-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>31-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>40-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>32-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>41-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>33-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>42-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>34-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>43-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>35-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>44-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>36-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>45-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>37-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>46-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>38-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>47-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>39-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>48-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>40-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>49-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>41-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>50-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>42-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>51-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>43-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>52-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>44-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>53-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>45-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>54-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>46-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>55-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>47-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>56-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>48-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>57-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>49-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>58-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>50-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>59-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>51-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>60-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>52-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>61-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>53-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>62-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>54-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>63-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>55-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>64-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>56-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>65-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>57-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>66-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>58-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>67-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>59-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>68-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>60-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>69-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>61-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>70-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>62-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>71-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>63-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>72-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>64-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>73-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>65-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>74-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>66-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>75-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>67-XXXXXXXXXX</b>	<b>VERMELHA</b>	<b>76-XXXXXXXXXX</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>	<b>02/2016</b>	<b>R\$0,00</b>	<b>02/2016</b>
<b>V</b>	<b>V</b>	<b>PAGO</b>	<b>COTA UNICA</b>	<b>68-XXXXXXXXXX</b>	<						

## RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255323/20

**Vítima:** RAIMUNDO SOUSA

**Data do acidente:** 08/03/2020

**CPF:** 055.907.813-70

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RAIMUNDO SOUSA

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

#### RAIMUNDO SOUSA : 055.907.813-70

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/09/2020  
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES  
CPF: 627.942.803-68

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: Raimundo Sousa  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: Autônomo RG: 26949392003-41 SSP/MA  
CPF: 055.907.813-70 ENDEREÇO: R. WALDEMAR GóES 847  
BAIRRO: SEN. HELIO COMPES CIDADE: BOA VISTA - Roraima  
CEP: 69314-560

VITIMA: Raimundo Sousa

CPF: 055.907.813 - 70 DATA DO ACIDENTE: 11-03-2020  
NATUREZA: ( DAMS)  INVALIDEZ ( MORTE)

### OUTORGADA:

NOME: José Santana Feitosa Guimaraes  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: Autônomo  
Nº. DO RG: 114876399-3 ORGÃO EMISSOR: SSP/MA  
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999  
Nº. DO CPF: 627.942.802-68  
ENDERECO: RUA GIBÉAO N° 312 BAIRRO: NOVA CÂMARA

### PODERES:

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

Boa Vista - RR, 29 de ABRIL de 2020

Raimundo Sousa  
ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255323/20

**Vítima:** RAIMUNDO SOUSA

**Data do acidente:** 08/03/2020

**CPF:** 055.907.813-70

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RAIMUNDO SOUSA

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

#### RAIMUNDO SOUSA : 055.907.813-70

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/09/2020  
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES  
CPF: 627.942.803-68

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO