
Rio de Janeiro, 18 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190193196

Vítima: MICHAEL CRUZ SANTOS

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MICHAEL CRUZ SANTOS

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, contatos 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

Rio de Janeiro, 29 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190193196

Vítima: MICHAEL CRUZ SANTOS

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MICHAEL CRUZ SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: MICHAEL CRUZ SANTOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000004252

Conta: 000009625-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 066.504.722-39 Nome completo da vítima: Micael Cruz Santos

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

Nome completo: Micael Cruz Santos CPF: 066.504.722-39

Profissão: Estudante Endereço: Vicinal 16 Km 18, 6 Rural Número: S/N Complemento: _____

Bairro: Nova colina Cidade: Rorainópolis Estado: RR CEP: 69.373-000

E-mail: 3leivrr@hotmail.com Tel. (DDD): (95) 984035060

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4252 ☐ CONTA: 00009625 ☒ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐

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

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Boa Vista RR 12/03/2019

Nome: Micael Cruz Santos

CPF: 066.504.722-39

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 055/2019/DAT - Boa Vista - RR, em 18/01/2019.

COMUNICANTE: KASCIA CATRINE DA CRUZ SANTOS

RG: 442678-9 SSP/RR CPF: 033.552.152-52 NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

ENDEREÇO: VICINAL 16

CIDADE: NOVA COLINA ESTADO: RORAIMA

SEXO: FEMININO PROFISSÃO: DO LAR

DATA DE NASCIMENTO: 18/03/1996 IDADE: 22 ANOS GRAU DE INST: ENS. MEDIO COMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA TELEFONE: 99131-6416 Nº REG. CNH: NÃO POSSUI

NOME DO PAI: JOSE RIBAMAR CAETANO DOS SANTOS

NOME DA MÃE: HELENA DA CRUZ SANTOS

O comunicante compareceu nesta Delegacia Especializada, para informar que no dia 17/08/2018, aproximadamente às 18:00h, na Vicinal 16, município de Rorainópolis

Que seu irmão, MICAEL CRUZ SANTOS, trafegava pela Vicinal 16, conduzindo a motocicleta HONDA CG 125 TITAN, placa JXC-9308, Chassi 9C2JC50VVR198520, de propriedade de HELENA DA CRUZ SANTOS, quando foi colidido por uma outra motocicleta, cujas características e placa não sabe informar. Que devido a colisão, MICAEL caiu e sofreu lesões corporais. Que **NÃO DESEJA** representar criminalmente; **QUE O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA É APENAS PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O REGISTRO.**

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÕES CORPORAIS.

ERICO WALLACE BESSA ROCHA

Agente de Polícia
Mat: 042000652

Kascia Catrine da C. Santos

KASCIA CATRINE DA CRUZ SANTOS
Comunicante

DAT

9 JAN. 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFECIONADO

O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem, conforme previsto nos Artigos 339-denúnciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
Endereço: Av. Capitão Júlio Bezerra, 343 Centro
Boa Vista - Roraima - Brasil

12 MAR. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 066.504.722-39 Nome completo da vítima: Micael Cruz Santos

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

Nome completo: Micael Cruz Santos CPF: 066.504.722-39

Profissão: Estudante Endereço: Vicinal 16 Km 18, 6 Rural Número: S/N Complemento: _____

Bairro: Nova colina Cidade: Rorainópolis Estado: RR CEP: 69.373-000

E-mail: slairrr@hotmail.com Tel. (DDD): (95) 984035060

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 4252 CONTA: 00009625 7

(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Boa Vista RR 12/03/2019

Nome: Micael Cruz Santos

CPF: 066.504.722-39

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
BR 174 - KM 461 - BAIRRO JARDIM TROPICAL
CNPJ: 05.370.016/0001-00

800064318 17/08/2018 20:23:15 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA NOTURNO 19-07 13

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF Prontuário

MICAEL CRUZ SANTOS

25/07/2001

17 A O M 23 D

898003731491798

Tipo Doc Documento

Árgão Emissor

Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

IDENTIDADE

M

PARDA

Mãe

Pai

HELENA DA CRUZ SANTOS

Endereço

Contatos

RUA - VC 16 - ZONA RURAL - RORAINOPOLIS -

Class. de Risco

Plano Convênio

N da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

SUS - SISTEMA NÍCIO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento

Carate do Atendimento

Profissional do Atend.

Procedencia

Temp.

Peso

Pressão

SPA - PRONTO ATENDIMENTO

URGÊNCIA

Setor

Tipo de Chegada

Procedimento Sol.

Registrado por:

DEMANDA ESPONTANEA

ADENILSON.LIMA

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintoma Típico Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☒ Transferência para: HGR BK

☐ Ambulatório

☐ Observação (Ata 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: 18/08/2018 09:30

Ábito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO

Br. 174 - Km 468

CEP: 69.370-970

Dr. Dimas Weber Zambelli
Médico
Clínico do HRS-008
CRM 1212-RR



1800064318

12 MAR 2018

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MICHAEL CRUZ SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04252

CONTA: 000000009625-7

Nr. da Autenticação A6CD1F1AC5A62E72

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.241.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-9
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série D-1
Regime especial de impressão autorizada pelo SETAZ 960/13

4ª da Nota Fiscal

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.435 de 26 de abril de 2002

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	20/12/2018	143	67,24

JOSE RIBAMAR CAETANO DOS SANTOS
VC 16 KM 18,6 RURAL
CPF: 00036967971204
CEP: 69.373-000 - NOVA COLINA

ROT: 504.083.04.61.024000

CEP: 05.375-000

DADOS DA LEITURA			DATAS DA LEITURA	
	kWh	kVarh	Atual	12/11/2018
Atual	10684		Anterior	11/10/2018
Anterior	10541		Próxima Leitura	12/12/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Emissão	09/11/2018
Consumo Medido:	143		Apresentação	12/11/2018
Consumo Faturado	143	FCAM		

32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Ponto	Código Pto
RURAL	MONO	920908063		4.2.2.1

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
OUT/18	138	CONSUMO	143 A R\$ 0,456498 = 65,27
SET/18	114	CORRECAO MONETARIA IG 09/18-00	0,05
AGO/18	144	MULTA POR ATRASO DE I 09/18-00	0,90
JUL/18	128	JUROS DE MORA POR ATR 09/18-00	0,04
JUN/18	127	MULTA POR ATRASO 09/18-00	0,91
MAI/18	113	JUROS DE MORA DE IMPO 09/18-00	0,07
ABR/18	130		
MAR/18	123		
FEV/18	129		
JAN/18	149		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 143 - 0,366427			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
DEBITOS JA REAVISADOS	REAVISO DE DEBITOS VENCIDOS
Mes/Ano Valor R\$	Informamos que os débitos vencidos no valor de R\$ 46,17 (quarenta e seis reais e dez centavos) até esta data. Caso não tenha sido pago(s), procurar uma loja de atendimento da Eletrobras Distribuição Roraima com o(s) documento(s) de pagamento.
01/2017 46,17	
TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MEDIO 38,50% RESOLUCAO ANEEL N. 2.479 DE 30.10.18. CASO HAJA COBRANCA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBY) PODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26	

RESERVADO AO FISCO		4556.40F2.7B36.20DF.9D45.1629.BADF.32A0	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	52,41	Base de Cálculo:	65,27
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	11,09
Encargos:	0,00	Valor do PIS:	0,31
Taxas:	0,00	Valor do COFINS:	1,46
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
PIS		COFINS	
Valor	Porcentagem	Valor	Porcentagem
0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 2052554

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089153	MÊS 12/2018	PERÍODO DE CONSUMO 26-NOV-18 a 24-DEC-18
CONSUMO (kWh) 209	VENCIMENTO 11-JAN-19	TOTAL A PAGAR R\$ 212,94

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

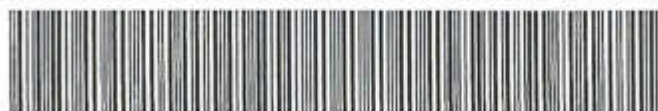
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1089153	MÊS 12/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 212,94
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836000000023.129400750003.000000001081.915312180051

**11 MAR. 2019**

15/02/2019 11:25

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Hein Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Micael Cruz Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.504.722 / 39 do sinistro de DPVAT cobertura Invalido da Vítima Micael Cruz Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.504.722 / 39, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Antonio P. Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Beititis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>5101RR@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95) 99154-4280</u>

Boa Vista - RR de Março de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL
PRESCRIÇÃO DIÁRIA



F-10

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME		MICAEL CRUZ SANTOS		LEITO	Bloco F-10	DATA	23/08/2018
	1	Dieta Líquida-pastosa VO				HD	FRATURA BILATERAL DE CZO
	2	AVP + SF 0,9% 500mL EV 8/8h					
DS	3	Cefalotina 1 g EV 6/6h					
DS	4	Tenoxicam 20mg EV 12/12h					
	5	Dipirona 1g EV 6/6h					
	6	Plasil 10mg EV 8/8h SN					
	7	Omeprazol 20mg EV ou VO 1x/dia ou Ranitidina 50mg EV 8/8h					
	8	Tramal 100mg + S.F 0,9% 100ml EV 8/8h Se dor intensa					
	9	Higiene oral com digluconato de clorexidina 0,12%					
	10	CCGG+SSV					
	11	Transferir p/ bloco B					
	12						
	13						
	14						
	15						
	16						
Anotações da Enfermagem							

SINAIS VITAIS				DEXTRO	Insulina Regular	HORA	DEXTRO	INSULINA
HORÁRIO	12H	18H	24H	06H	< 70	Glicose 50% 40 ml EV		
PA	100 x 70	149 x 79	124 x 68	120 x 70	< 200	0 UI - SC		
FC	63	69	70	54	201-250	02 UI - SC		
TEMPERATURA	35,8°C	36,2°C	36,6°C	36,6°C	251-300	04 UI - SC		
FR	20	19	20	20	301-350	06 UI - SC		
DIURESE	300 ml	200 ml			351-400	08 UI - SC		
EVACUAÇÃO					>400	10 UI - SC		
CURATIVO					CHAMAR PLANTONISTA			

SINAIS VITAIS

HORÁRIO	12H	18H	24H	06H
PA	100 x 40	149 x 79	124 x 63	120 x 70
FC	63	69	70	58
TEMPERATURA	35,8°C	36,2°C	36,6°C	36,6°C
FR	20	29	20	20
DIURESE	200 ml	200 ml	200 ml	200 ml
EVACUAÇÃO				
CURATIVO				

18h Paciente acordado confortável, anorexia, náusea, vômito, diarreia, febre, tosse, dispnéia, edema de membros inferiores, sem alterações na ausculta pulmonar.

Laís de Souza Barros
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 001.023.723/0

Jefferson da Silva
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 001.246.112

F-10

12 MAR. 2019

12 MAR. 2019

comunicado
a bo. col 28/08

Superintendente
CORFAR 122653

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SERVIÇO DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL

PEDIDO DE PARECER

PACIENTE: Micael Cruz Santos
DE: BUCOMAXILO

BLOCO: B 218-5
PARA: Cardiologia

Paciente sexo masculino, 17 anos, vítima de acidente motociclístico, internou nesta unidade com diagnóstico de fratura de CZO bilateral. Paciente com cirurgia agendada para sexta-feira, 31/08/18.

Todos os exames necessários no prontuário (ECG, RX de tórax e exames laboratoriais)

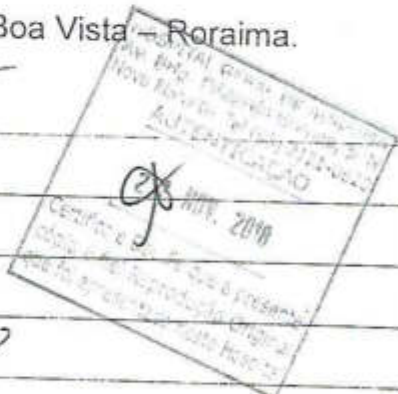
Solicito Risco Cirúrgico.

Grato.


Dra. Silvana Silva de Oliveira
Clínica de Traumatologia
Bucodentofacial
PRO-SS 226

Atenciosamente, _____

29/08/2018, Boa Vista - Roraima.


HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bnd. Prolongamento da Av. Bnd.
Nova Fátima - Boa Vista - Roraima
CEP: 69.000-000
FONE: (93) 3241.1234
CNPJ: 07.043.888/0001-90
Certificado e assinado em 29/08/2018
Assinatura: _____
Carimbo: _____

Parecer médico =

paciente com fraturas

de 110 + 50 mm / 1/17
fco. 56 kg / 1/17
na 2ª fase

Elab. protocolo cirúrgico.

Assinatura do médico
como limite.

Data:

Assinatura:

29/08/18

Assinatura cirúrgica ASD I

**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Michael Cruz Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

1º DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor, edema, equimose periorbital, assimetria facial, desvio dental.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Queixa de AG

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

Exame físico e TC de face

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura bilateral da C20

21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

GMF

26 - CÓDIGO DA INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

021852316780

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - CNPJ EMPRESA

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TRÁFICO

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

41 - CNAE DA EMPRESA

42 - CBOR

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0404020528
5028
V199

12 MAR 2019

12 MAR 2019 12 9



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Micael Cruz Santos

Data: 14/09/2018

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura bilateral da CZO

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Reduções e fixações de fraturas

TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirúrgica

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

Daniel Carvalho
Cir. Buco-Maxilo-Facial
CRO-RR 223

CIRURGIÃO: Dr. Daniel Carvalho

1º AUXILIAR: Dr. Dennis Diniz

2º AUXILIAR: Dr. Rodrigo Mendes

INSTRUMENTADORA: Serge

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: Geral

ANESTESISTAS: Dr. Bruno

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente em DDM sob AS, antebraços mantidos paralelos;
- Anestesia extra-oral c/ dexmedetomidina 2%;
- Intubação 2 PCE;
- Infiltrações com bupivacaína c/ epinefrina (diluída em S=0,9%);
- Incisões infra-orbitais (lados direitos) e frontozigomáticas (2. direitos), divididas por planos e descolamento superficial;
- Reduções de fraturas utilizando alfinetes/martelo, gancho e descolador malt. FIR: _____
- Sutura orbital - placa orbital 08 furas c/ 08 parafusos 1.5x mm
- Sutura frontozig. - placa orbital 04 furas c/ 04 parafusos 1.5x mm
- Incisões intra-oral completa em maxila (ponta de sulco), curvando linha média. Divulsores por planos, descolamento mucoperiosteal.
- Reduções de fraturas e FIR L. esquerda - placa em L 05 furas c/ 05 parafusos 2.0
- Sutura por planos. L. direitos - placa em L 04 furas c/ 04 parafusos 2.0
- Fechamento de ferimentos.
- Alta cirúrgica

12 MAR. 2019

Daniel Carvalho
Cir. Buco-Maxilo-Facial
CRO-RR 223

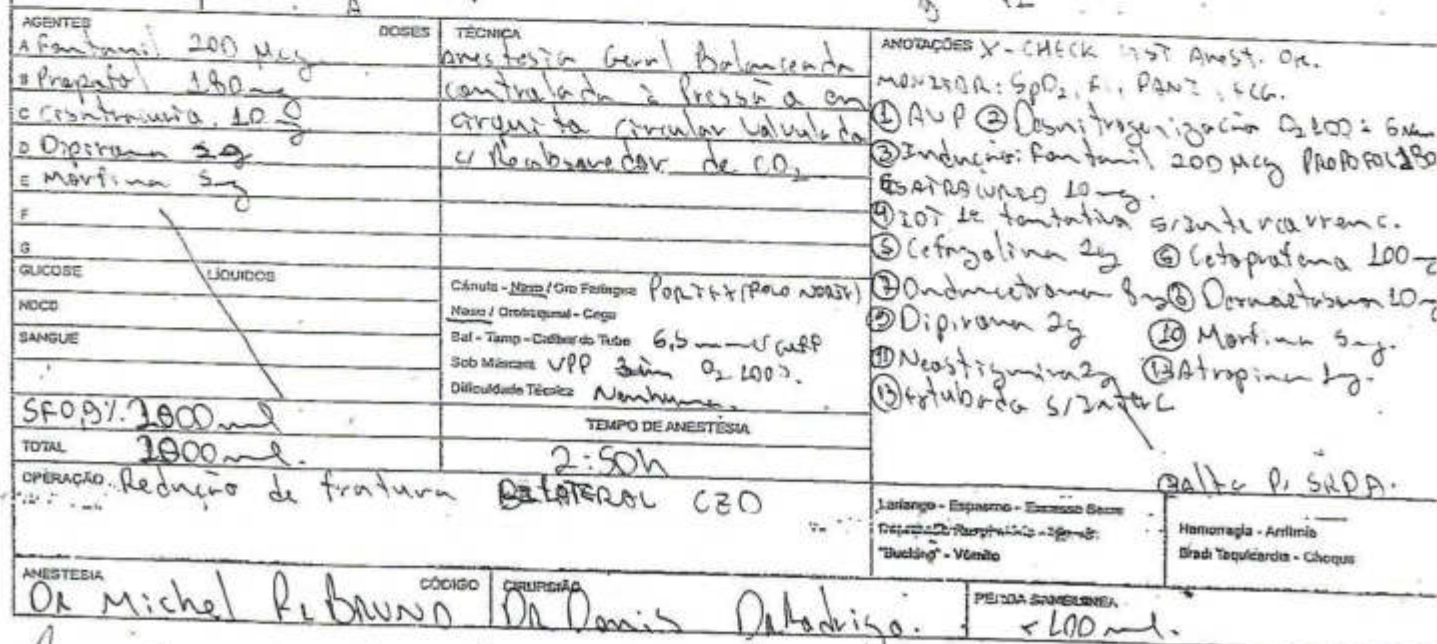


FICHA DE ANESTESI

17/09/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Negeri Abangin
Negeri UPP.



Michel M. Moura
Médico Anestesiologista
CRM - RR 1106



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA
17 anos

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	
Micael Cruz Santos			17/09	
TIPO		CIRURGIA		
Redução de Fratura bilateral do CZO		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		16:05	18:10	
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA			
1ª AUXILIAR	Drº Rodrigo	ANESTESISTA:	Drº Michel	
2ª AUXILIAR	Drº Denis	RES. ANESTESIA:	Dr Bruno	
	Drº Daniel	INSTRUMENTADOR		
TIPO DE ANESTESIA:	Ceral	CIRCULANTE	Elizangela M	
		Adeilton		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS
☐	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☐	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO
☒	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
☒	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
☒	LUVA ESTERIL 7.5		☐	FIO VICRYLNº 5.0
	LUVA ESTERIL 8.0		☒	FIO MONONYLON Nº 3.0 5
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
☒	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
☒	LÂMINA BISTURINº 11			FIO CATGUT SIMPLES Nº
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº
	SERINGA 01ML			
	SERINGA 03ML			
	SERINGA 05 ML			
	SERINGA 10ML			
	SERINGA 20ML			
☒	Elétricos			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Rebeca	SUB-		
	Luiziano	TAXA DE SALA		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA		
	Elizangela M			
	Adeilton			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

NAME: Michael Joseph Sato

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				TRANSOPERATÓRIO				SRPA			
Unidade	Data	Idade	Sexo	Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saida S.O.	Realização	Anestesia	SRPA
Unidade 17	09/18	17	M	15:45	16:05	15:50	18:10				
Nome: <u>Breno B</u> Endereço: <u>Av. ...</u> Telefone: <u>...</u> Ocupação: <u>...</u> Motivo: <u>...</u>				Cirurgia Realizada: <u>...</u> Anestesia: <u>...</u> Posicionamento: <u>...</u>				Sinal Vital: <u>...</u> PA: <u>...</u> SPO2: <u>...</u>			
Informações: - ☐ História de doenças - ☐ Alergias - ☐ Medicamentos - ☐ Exames - ☐ Outros				Hidratação: <u>...</u> Infusão: <u>...</u> Sinais vitais: <u>...</u> Temperatura: <u>...</u> Frequência cardíaca: <u>...</u> Pressão arterial: <u>...</u> Saturação de oxigênio: <u>...</u>				Balanço Hídrico: Entradas: <u>...</u> Saídas: <u>...</u> SNG: <u>...</u> Diurese: <u>...</u> Outros: <u>...</u>			
Estado emocional: <u>...</u> Dor: <u>...</u> Outros: <u>...</u>				Exames na S.O.: <u>...</u> () Outros: <u>...</u>				Sinais vitais: PA: <u>...</u> FC: <u>...</u> FR: <u>...</u> Sat: <u>...</u>			
Desenho SRPA: <u>...</u> Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da C.O.N.E. Vinte e Nove				Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. PVC 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter 7. Vendolite 8. Dreno 9. SNG 10. Falca de Smarch 11. Outros: <u>...</u>				Sinais vitais: PA: <u>...</u> FC: <u>...</u> FR: <u>...</u> Sat: <u>...</u>			

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Wesley Cruz Santos
 Especialidade: Cirurgião Daniel Pacheco

SAÍDA (Sala Pós-Operatório)

PACIENTE CONFIRMOU:

☒ Identificação de
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
 Consentimento () Sim () Não

☒ O CIRÚRGICO
☒ Aplica () Não se Aplica

☒ TIO DEMONSTRADO
☒ Sim () Não () Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
 INCLUI:

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM
 MONITORAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ERGIA CONHECIDA

☒ Não () Sim, Qual: Negativa

A ÁEREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não () Sim, e equipamento/assistência disponível

CO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não
☒ Sim, e meio endovenoso adequado para planejamento
 de fluidos

Assinatura

Hora: 15:50

ANTES DA INCISÃO

Anestesista

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 estão presentes e dentro da validade de
 esterilização (incluindo resultado do indicador). Há
 questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer
 preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica

☒ Sim,

Qual:

Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

() Não se aplica

Assinatura e Carimbo

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

SAÍDA

(Sala Pós-Operatória)

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

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

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

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

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

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

f. r. r.

12 MAR. 2019

UNIDADE / SETOR: **QUARTO** LEITO: **218-5** Nº DE REGISTRO: **218-5**

NOME DO PACIENTE: **Licod Cuy Sante**

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
22/09/18	1) Dado líquido. Quedo bem. Standard	SND	
	2) 500 mg. 8h. 8h. 8h.	13-14-15-16-17-18	24h. 4A: 148/92
	3) Coloproct. 1g. 6h. 6h.	16-17-18	4: 93
	4) Dexametasona 4mg. 8h.	16-17-18	5: 36,75C
	5) Fenoxscom 20mg. 12h.	17-18	Antônio Rodrigues Médico em Exercício CRESS 0104.170-12
	6) Dexametasona 1g. 6h. 6h.	17-18	
	7) 500 mg. 8h.	17-18	06h. 128/85
	8) Dexametasona 20mg. 1x dia	17-18	7: 81
	9) Coloproct. Standard 20	17-18	5: 36,5C
	10) Ondansetrona 4mg. 8h.	17-18	
	11) Ondansetrona 2x ao dia	17-18	
	12) CC 66 + SSU.	17-18	Antônio Rodrigues Médico em Exercício CRESS 0104.170-12

[Handwritten signature]

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

MICALL CRUZ SANTOS

Bloco B 213-5

DATA 17/09/2018

HD FRATURA BILATERAL DE CZO

Anotações da Enfermagem

12h: Verificados SSVV e
medicação AVP em M3Q,
com G.N. 20.

18:00hs. Pcte. em
Centro cirúrgico

Maria Cecília Figueira
COORDENADORA DE ENFERMAGEM

1 Dieta Zero

2 AVP

3 Dipirona 1g EV 6/6h SN

4 Plasil 10mg EV 8/8h SN

5 Omeprazol 20mg EV ou VO 1x/dia ou Ranitidina 50mg EV 8/8h SN

6 Tramal 100mg + S.F 0,9% 100ml EV 8/8h (Se dor intensa)

7 Higiene oral com digluconato de clorexidina 0,12% 3x/dia

8 CCGG+SSVV

9

Bruno Araújo da Silva
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO-RR 717

ALTA HOSPITALAR

Bruno Araújo da Silva
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO-RR 717

SINAIS VITAIS

HORÁRIO	14H	18H	24H	06H	DEXTRO	Insulina Regular	HORA	DEXTRO	INSULINA
PA	124x70				< 70	Glicose 50% 40 ml EV			
FC	64				< 200	0 UI - SC			
TEMPERATURA	36,6°C				201-250	02 UI - SC			
FR					251-300	04 UI - SC			
DIURESE					301-350	06 UI - SC			
EVACUAÇÃO					351-400	08 UI - SC			
CURATIVO					>400	10 UI - SC			
						CHAMAR PLANTONISTA			

12 MAR. 2019



Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - CTBMF
Hospital Geral Rubens de Souza Bento



RESUMO DE ALTA

Nome: *Micael Cruz Sentes*

Data da internação:

Data da alta: *10/09/18*

Profissionais: *Cirurgia Bucomaxilofacial*

DIAGNÓSTICO

Fratura de CZO Bilateral

TRATAMENTO

Redução e fixação de fratura de CZO

EVOLUÇÃO

Paciente pós-op, está bem, sem queixas algas, normoventilado, respondendo bem ao pós-operatório, sem intercorrências. Realizada alta sob prescrição medicamentosa com orientação de retorno no UCA com Dr. Amil Carvalho.

ORIENTAÇÕES

1. Retornar ao pronto socorro se intercorrências.
2. Alimentação: líquida-pastosa, fria ou gelada por 48 h.
3. Evitar: exposição ao sol, alimentos quentes e duros e esforços físicos, pelo menos até o retorno.
4. Repouso: Cabeça em plano mais elevado que o resto do corpo por 48 h.
5. Higiene oral: Escovação normal dos dentes e língua, evitando as áreas da cirurgia, fazer bochechos leves 03 vezes ao dia com anti-séptico bucal indicado, iniciando somente 48 h após a cirurgia.
6. Retirar pontos com 10 dias no posto de saúde.

Dr. Amil Carvalho da Silva
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO-RR 717

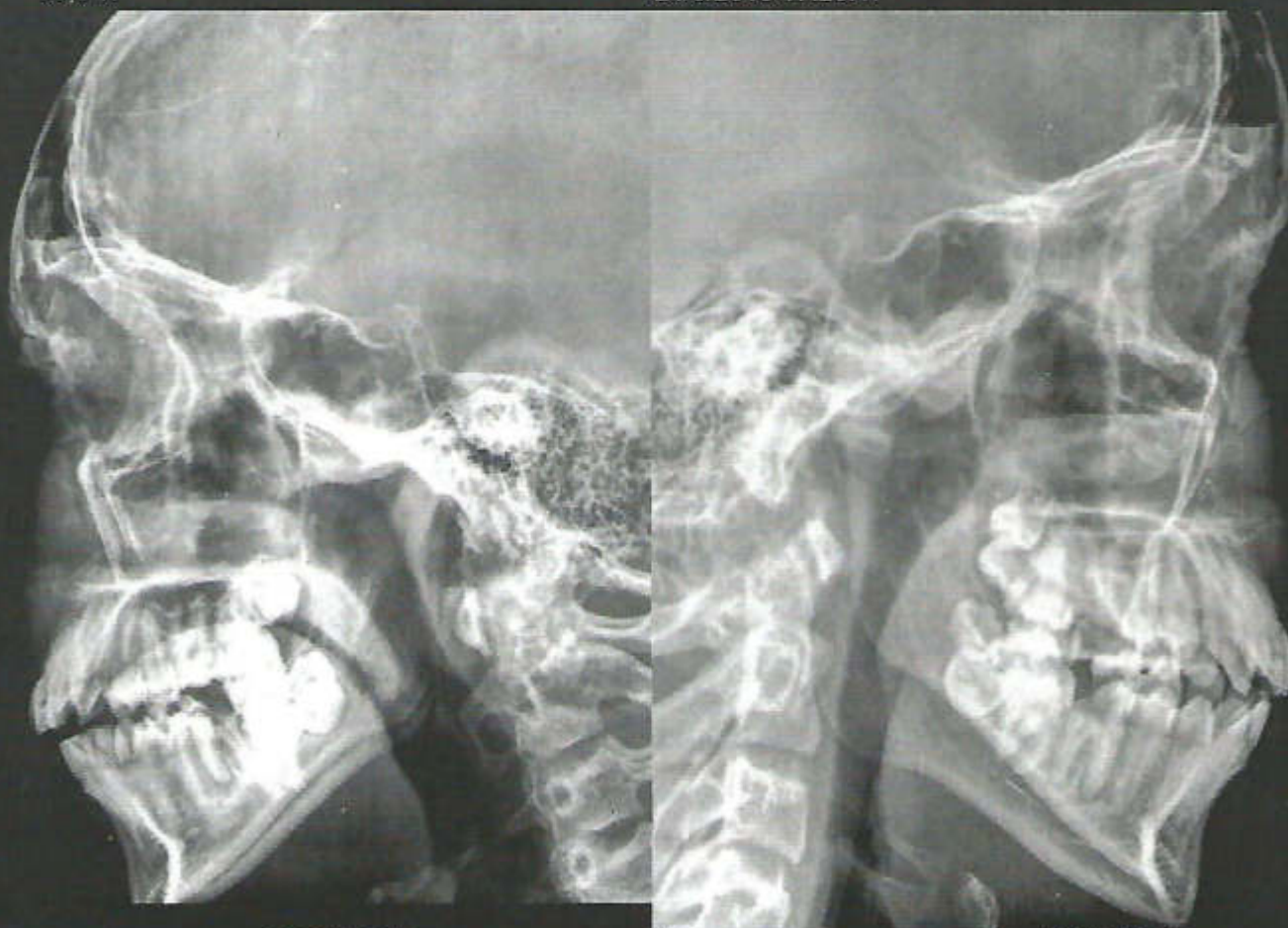
Ass. Cirurgião (CRO)

12 MAR. 2019



55,9 %

24/8/2018 17:28:47



D

E

55,9 %

24/8/2018 17:28:47

55,9 %

24/8/2018 17:28:47

, MICHAEL CRUZ SANTOS

BLOC. F 10

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

DECLARAÇÃO:

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que a Sr(a).: **MIKAEL CRUZ SANTOS** deu entrada no **PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELEBÃO (GRANDE TRAUMA)** no dia 18/08/2018, às **13:00horas e 38 min.**, por atendimento de **URGÊNCIA. MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO.** Recebeu os cuidados da equipe de plantão, conforme o Registro de Atendimento nº **1800997128.**

Esclarecemos que houve erro de digitação na inclusão dos dados da paciente, retifico o nome. Onde se lê na ficha de atendimento **MACIEL CRUZ SANTOS**, Leia-se **MIKAEL CRUZ SANTOS.**



Boa Vista-RR 28 de novembro de 2018.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Foto do titular

Polegar Direito

Micael Cruz Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

539142-3

DATA DE EMISSÃO 29/11/2017

NOME MICHAEL CRUZ SANTOS

FILIAÇÃO JOSÉ RIBAMAR CAETANO DOS SANTOS
HELENA DA CRUZ SANTOS

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO 25/07/2001

DO G. ORTULUM

CERTD NASC 10063 FLS 96 LIV A-20

SÃO LUIZ-RR

CPF

1ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Fornecida e registrada no Palácio Civil
Diretor do CPF

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

PS



Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
066.504.722-39

Nome
MICAEL CRUZ SANTOS

Nascimento
25/07/2001

CÓDIGO DE CONTROLE
1D63.3035.7FEA.7BE2



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:28:11 do dia 15/12/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

12 MAR. 2019

11 MAR. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190193196 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICAEL CRUZ SANTOS **Data do acidente:** 17/08/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE (FRATURA DE ZIGOMÁTICO BILATERAL).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACAS E PARAFUSOS). (PÁG 5)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190193196 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICAEL CRUZ SANTOS **Data do acidente:** 17/08/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE (FRATURA DE ZIGOMÁTICO BILATERAL).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACAS E PARAFUSOS). (PÁG 5)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Helena da Cruz Santos
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	
IDENTIDADE:	200330 SSP-RR
ENDEREÇO:	

OUTORGADO

NOME:	Glair Snacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio P. Galvão, 1832, Curitiba

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT..

Boa Vista - RR,

LOCAL E DATA



Helena da Cruz Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

12 MAR. 2019



CARTÓRIO LOUREIRO
DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELADO E REGISTRAÇÃO

AV. VILLA BOY Nº 5036 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (93) 3624-6977 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
[GHEISan0]-HELENA DA CRUZ SANTOS

IOS. Em testemunho [assinatura] da verdade Boa Vista, 25/09/2018
Impol: 2,40, FUNDEJURR: 0,24, FISC: 0,12, FECON: 0,12, ISS: 0,12
Selo: REC FIR 158345W0V9ET10ROYZ4795
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselerr.com.br>
CPF Solicitante: 51147742200

Marjory C. C. Esbell Brigha
Escritor Autorizada
Cartório Loureiro