

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:  
2974768520210209181039

Processo 0801624-73.2021.8.23.0010 ☆ - (15 dia(s) em tramitação)

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

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

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

500 por pág. 1



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

Carta nº 14067896



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, 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](http://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:	Nome completo da vítima:
	066.504.722-39	Micael Cruz Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Micael Cruz Santos	066.504.722-39	
Profissão:	Endereço:	Número:
Estudante	Vicinal 16 Km 18, 6 Rural	S/N
Bairro:	Cidade:	Estado:
Nova Colina	Rorainópolis	RR
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
slairrr@hotmail.com	69.373-000	(95) 984035060

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

RENDA MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 4252 ☐ CONTA: 00009625 ☒

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

### 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

#### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) 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**



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-denunciação 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**



Seguradora		LÍDER		ADMINISTRADORA DO SEGURO DPVAT	
PEDIDO DO SEGURO DPVAT					
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE					
Nº do sinistro ou ASL:		CPF da vítima:		Nome completo da vítima:	
		066.504.722-39		Micael Cruz Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012					
Nome completo:		CPF:			
Micael Cruz Santos		066.504.722-39			
Profissão:		Endereço:		Número:	
Estudante		Vicinal 16 Km 18, 6 Rural		S/N	
Bairro:		Cidade:		Estado:	
Nova Colina		Rorainópolis		RR	
E-mail:		CEP:		Tel. (DDD):	
slairrr@hotmail.com		69.373-000		(95) 984035060	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).					
RENDA MENSAL:					
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00					
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00					
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA					
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):					
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)					
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)					
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)					
Nome do BANCO: _____					
AGÊNCIA: 4252		CONTA: 00009625		7	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)			
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____					
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)					
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.					
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):					
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou					
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou					
<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data do óbito da vítima: _____					
Grau do Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____					
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
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.					
Local e Data: Boa Vista - RR 12/03/2019					
Nome: Micael Cruz Santos					
CPF: 066.504.722-39					
TESTEMUNHAS					
1ª   Nome: _____					
CPF: _____					
Assinatura					
2ª   Nome: _____					
CPF: _____					
Assinatura					
(**) Assinatura de quem assina A ROGO					
Micael Cruz Santos					
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)					
Helena da Cruz Santos					
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)					

(\*) 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.



17/08/2018

... Guia de Atendimento SPA 02 ...

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 Pronto Atendimento  
MICHAEL CRUZ SANTOS 25/07/2001 17 A 0 M 23 D 898003731491798  
Tipo Doc Documento Mãe Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade  
IDENTIDADE M Mãe M Parda  
HELENA DA CRUZ SANTOS  
Endereço Contatos  
RUA - VC 16 - ZONA RURAL - RORAINOPOLIS -

Class. de Risco Plano Convenio N da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal  
SUS - SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE  
Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência 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)

Último de audição 9 meses  
Tratamento de repressão menstrual 8

Exame Físico  
Helelone do colap, queixo de  
Carrieta orientado.

Hipótese Diagnóstica  
Trauma de face

SADT - Exames Complementares  
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1. Dolofer 12	20:00	avaliar
2. S.F. 200g		
3. Diquino 40	20:00	avaliar
4. Plant 12		
5. Laprom 1/gelo	20:00	avaliar

Conduta  
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório  
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Ata 24h)  
☐ Alta a Revella ☐ Internação  
☒ Transferência para: HER BV 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

05.370.016/0001-00  
HOSPITAL REGIONAL SUL  
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO  
Br. 174 - Km 468  
CEP: 69.370-970

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Dimas Walter Zambaldi  
Médico  
CRM 1219-RR









Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0540241-7

001773550

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Ene Galvão, 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 prestação autorizada pela SETAR 369/13

49º da Nota Fiscal

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

CONTAS MÊS	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

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual	10684		12/11/2018
Anterior	10541		11/10/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		12/12/2018
Consumo Medido:	143		09/11/2018
Consumo Faturado:	143	FCAM	12/11/2018
			32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe Subclasse	Linha de	Numero Medidor	Potência	Código Pat. Mensa 12 meses
RURAL	MONO	920903063		4.2.2.1 131

HISTÓRICO kWh			DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo				
OUT/18	138	CONSUMO	143 A R\$ 0,456498 =	65,27
SET/18	114	CORREÇÃO 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 - 0,36427				

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
DEBITOS JA REAVISADOS	AVISO DE DEBITOS VENCIDOS
Mes/ano Valor R\$	Informamos a existência de débitos vencidos no valor de R\$ 46,17 (seis e seiscentos e dez reais) até esta data. Caso o(s) devedor(s) já tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de atendimento da Eletrobras Distribuição Roraima com o(s) comprovante(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 COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBY) PODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26	

RESERVADO AO FISCO 4556.40F2.7B36.200F.9D45.1629.BADE.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		
Taxes:		0,00			Valor do COFINS:		1,46		
INDICADORES DE CONTINUIDADE									
PRO		DMC		DPOR					
0,00		0,00		0,00		0,00			
0,00		0,00		0,00		0,00			

de Pagamento para o mes/ano: 12/2018 referente a UC: 1089153

<http://www.eletrororaima.com/segundavia/fatura.php>



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

836000000023.129400750003.000000001081.915312180051



11 MAR. 2019





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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Heir 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 Incendio 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>Beunitis</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		MICHAEL 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				
3	D5	Cefalotina 1 g EV 6/6h				
4	D5	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 dar intensa				
9		Higiene oral com digluconato de clorexidina 0,12%				
10		CCGG+SSW				
11		Transferir p/ bloco B				
12						
13						
14						
15						
16						

18h Tarefas realizadas conforme anexo em anexo. Não há mais sinais vitais. Siga a curação na enfermaria.

Infecção de S. aureus  
TAC. 1000mg  
COREN-RR/001.246.110

L-10

92 MAR. 2019

SINAIS VITAIS

HORÁRIO	12H	18H	24H	06H
PA	100 x 40	149 x 79	129 x 68	120 x 70
FC	63	69	70	54
TEMPERATURA	35,8°C	36,2°C	36,6°C	36,6°C
FR	20	19	20	20
DIURESE	200 mL	200 mL	200 mL	200 mL
EVACUAÇÃO				
CURATIVO				

André Silva Barros  
Técnico em Enfermagem  
COREN-RR/001.023.1237



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL  
PRESCRIÇÃO DIÁRIA



F-10

NOME		MICAEL CRUZ SANTOS		LEITO	Bloco F-10	DATA	24/08/2018	
1	Dieta Líquida-pastosa VO							
2	AVP + SF 0,9% 500ml EV 8/8h							
D6	3	Cefalotina 1 g EV 6/6h						
D6	4	Tenoxicam 20mg EV 12/12h						
	5	Dipirone 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+SSVV						
	11	Transferir p/ bloco B						
	12	Autocar a sonda Urinária						
	13	C.L.T. rotina SVP 16:00h						
	14	Dra. Mariana R. de A. Silva Cirurgiã - Traumatologia Bucodentofacial						
	15							
	16							

SINAIS VITAIS		12H	18H	24H	06H
HORÁRIO	PA	128 X 64	138 X 84	120 X 70	120 X 70
FC		92	52	52	52
TEMPERATURA		36,4	36,0	36,1	36,1
FR			18	22	22
DIURESE				22	22
EVACUAÇÃO					
CURATIVO					

DEXTRO	Insulina Regular	HORA	DEXTRO	INSULINA
<70	Glicose 50% 40 ml EV			
<200	0 UI - SC			
201-250	02 UI - SC			
251-300	04 UI - SC			
301-350	06 UI - SC			
351-400	08 UI - SC			
>400	10 UI - SC			
CHAMAR PLANTONISTA				

23/08/18  
500  
colida



comunicado  
a bo. vol 28/08  
Enfermeira  
CORRENTE 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.

  
Dr. Silvio de Almeida  
Clínica de Traumatologia  
Bucodonto Facial  
PRO-RR 026

Atenciosamente, \_\_\_\_\_

29/08/2018, Boa Vista - Roraima.

Parecer médico

paciente com fraturas

de 110 + 80 mm / 1/18  
fco. 56 kg / 1/18  
pac. 2 - 1/18

etab. procedimentos cirúrgicos.

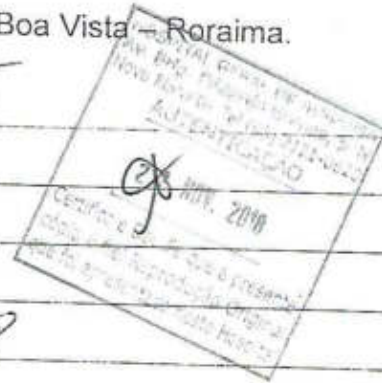
Diagnóstico de contusão  
nao linfático. 1/18

Data:

Assinatura:


29/08/18

Julio Vinicio ASD I



Dr. José Cecílio de  
Cardiologia - RGE 51



 <b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Michael Cruz Santos</i>		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		9 - SEXO <i>M</i>	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
		15 - UF	
		16 - CEP	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>	
<i>Dor, edema, equimose periorbital, assimetria facial, deslocamento dental.</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
<i>Queixa de AG</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
<i>Ex. físico e TC de face</i>			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		21 - CID 10 PRINCIPAL	
<i>Fratura bilateral da C2</i>		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CAUSAS ASSOCIADAS			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>	
<i>Internação</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CATEGORIA DA INTERNAÇÃO	
<i>BMF</i>			
28 - DOCUMENTO		29 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
( ) CNS ( ) CPF		<i>0218523101780</i>	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
		<i>12/07/19</i>	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		37 - N° DO BILHETE	
35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO		38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
41 - CBO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		<b>AUTORIZAÇÃO</b>	
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO		<i>0404020528</i>	
( ) CNS ( ) CPF		<i>5028</i>	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<i>12/07/19</i>			



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 14/09/2018

O.S. \_\_\_\_\_

Micael Cruz Santos

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura bilateral do C20

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Redução e fixação de fraturas

TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirúrgica

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

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

CIRURGIÃO: Dr. Daniel Carvalho

1º AUXILIAR: Dr. Dennis Diniz

2º AUXILIAR: Dr. Roberto

INSTRUMENTADORA: Serge

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

ANESTESIA: Geral

ANESTESISTAS: Dr. Bruno

ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_

FIM: \_\_\_\_\_

DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente em DMH sob AB, antecessor minitiquinal;
- Fratura extra-oral do maxilar superior;
- Fratura de FCCB;
- Infiltração com bupivacaína c/ epinefrina (diluída em S<sup>0</sup> 2,5%);
- Incisões infra-orbitais (2. direitas) e frontozigomáticas (2. direitas), dissecções por planos 2 dissecções superficiais;
- Redução de fraturas utilizando gergel/martelo, gancho e dissecador molt. FIR: \_\_\_\_\_
- Sutura orbital - placa orbital 02 furas c/ 02 parafusos 1.5x mm
- Sutura frontozig. - placa orbital 04 furas c/ 04 parafusos 1.5x mm
- Redução extra-oral completa em maxila (ponto de sulco, curvando linha média. Dissecções por planos, dissecções mucoperiosteal.
- Redução de fraturas e FIR L. esquerda - placa em Y 05 furas c/ 05 parafusos 2.0
- Sutura por planos. L. direita - placa em L 04 furas c/ 04 parafusos 2.0
- Redução de fraturas.
- Alta cirúrgica

12 MAR 2019

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





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Assistência Social e Saúde"

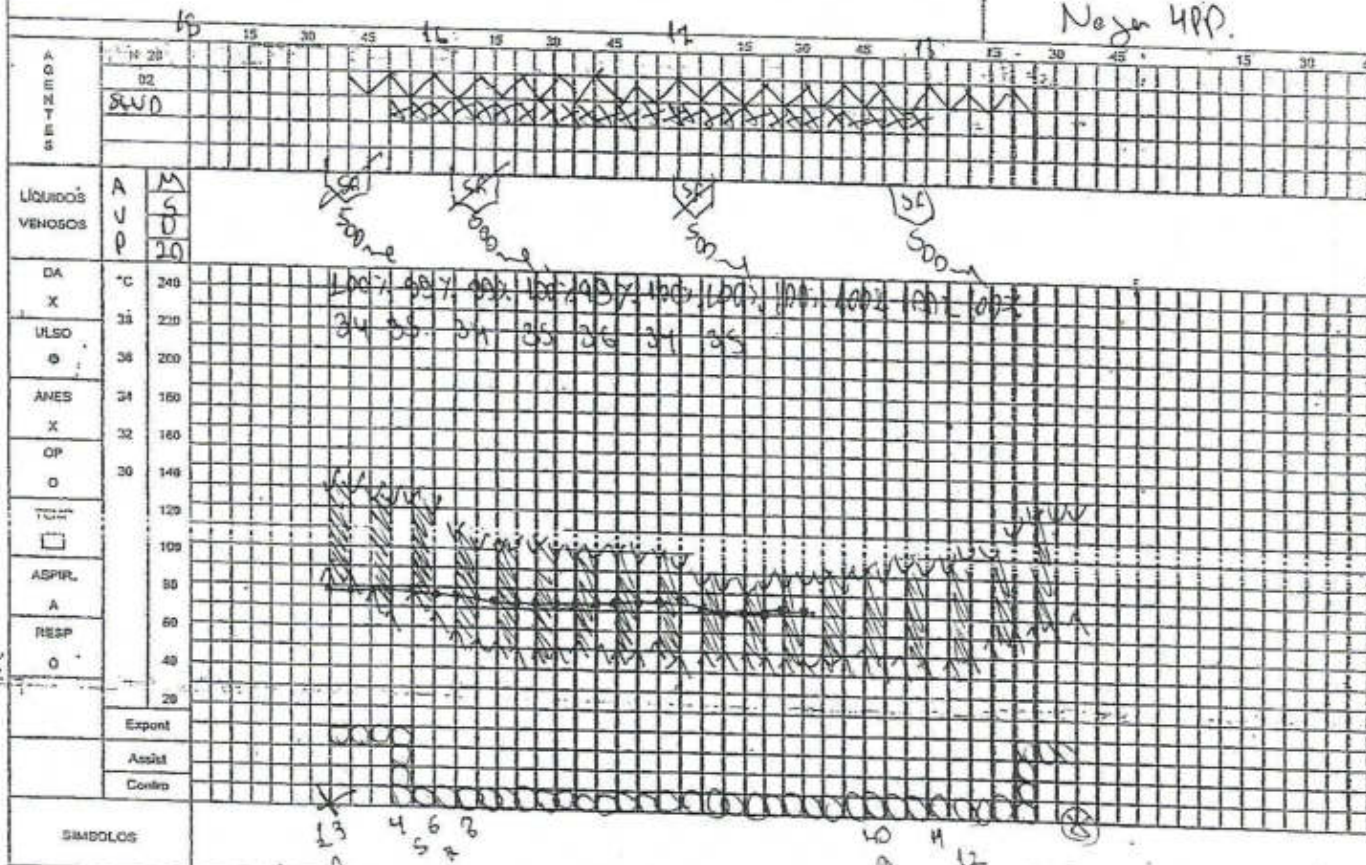
FICHA DE ANESTESIA

Miguel Cave Santos 17a

17/09/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

2º Nega Abgria  
Nega 4PP.



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Fantanal 200 mg		anestesia Geral Balanceada	ANOTAÇÕES X-CHECK 1707 Anest. OR.
B Propofol 180mg		controlada 2 Pressão em	MONITOR: SpO2, F, PAM, ECG.
C Continuada 10g		circulação arterial balanceada	① AUP ② Desintoxicação 200mg 6ml
D Diprivan 2g		com Membrador de CO2	③ Indução: Fantanal 200mg Propofol 180
E Morfina 5g			65ATRO 10mg
F			④ 207 de tentativa s/intercorrência
G			⑤ Cetofol 2g ⑥ Cetoprofeno 100mg
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Nasal / Oro Faríngea Porta + (para nariz)	⑦ Ondimetran 8mg ⑧ Desintoxicação 10g
NOCO		Naso / Oro Faríngea - Cego	⑨ Diprivan 2g ⑩ Morfina 5g
SANGUE		Bal - Tamp - Colar do Tubo 6.5mm - VPP	⑪ Neostigmina 2g ⑫ Atropina 1g
		Sob Mucosa VPP 3mm O2 100%	⑬ tubulada s/intercorrência
		Dificuldade Técnica Nenhuma	
SFO 9% 2000ml		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL 2000ml		2:50h	
OPERAÇÃO Redução de fratura lateral C20			Salto P. SIDA.
ANESTESIA	CÓDIGO	CURSÃO	PERDA SANGUÍNEA
Dr Michel R. Bruno		Dr Denis D. Adadigo	< 100ml

Michel M. Moura  
Médico Anestesiologista  
CRM - RR 1108





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

17 anos

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	
Miguel Cruz Santos			17/09	
TIPO		CIRURGIA		
Redução de Fratura Bilateral do CZO		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		16:05	18:10	
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA			
1º AUXILIAR	Drº Rodrigo	ANESTESISTA:	Drº Michel	
2º AUXILIAR	Drº Denis	RES. ANESTESIA:	Dr Bruno	
	Drº Daniel	INSTRUMENTADOR		
TIPO DE ANESTESIA:	geral	CIRCULANTE	Elizangela M	
		Adelton		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5		<input type="checkbox"/>	FIO VICRYL Nº 5.0
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO MONONYLON Nº 3.0 5
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
<input checked="" type="checkbox"/>	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			
<input checked="" type="checkbox"/>	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-		
	Elizangela M	TAXA DE SALA		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA		
	Adelton	ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

12 MAR. 2019



SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NAME: Michael Sator

12 MAR. 2019

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				TRANSOPERATÓRIO				SRPA			
Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Entrada S.O.	Saída S.O.	Realização	Localização	Y	P	PA	SP02
15:45	16:05	15:50	18:10			Genal	Cto. Int. Cto	—	91		90
<p>Cirurgia Realizada: Anestesia</p> <p>Indicação: Bilateral do C20 Genal</p> <p>Hidratação: Infundida</p> <p>Antibiotico: Terapla</p> <p>SF a 0,9%: 2.000</p> <p>SG a 10%: 98</p> <p>Plasma: /</p> <p>Plaquetas: /</p> <p>Nº de compressas oferecidas: 12</p> <p>Nº de compressas recolhidas: 12</p> <p>Sinais Vitais:</p> <p>T: 36,5 °C</p> <p>SAT: 98 %</p> <p>( ) Bex'ar</p> <p>FC: 77 bpm</p> <p>PA: 120 x 69 mmHg</p> <p>Exames na SO: ( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) Retic X</p> <p>( ) Outros:</p>				<p>1. Sonda</p> <p>2. Curativo</p> <p>3. Dreno</p> <p>4. Acesso Venoso</p> <p>5. Outros</p>							
<p>Legenda</p> <p>1. Eletrodos</p> <p>2. Oxímetro</p> <p>3. PVC</p> <p>4. Placa de Bisturi</p> <p>5. Incisão</p> <p>6. Cateter</p> <p>7. Venoclise</p> <p>8. Dreno</p> <p>9. SNG</p> <p>10. Faixa de Smarch</p> <p>11. Outros:</p>				<p>Entradas</p> <p>EV</p> <p>HV</p> <p>CH</p> <p>SNG</p> <p>Dreno</p> <p>Diarrese</p> <p>SNG</p> <p>Outros</p>				<p>Saídas</p> <p>Y </p>			



12 MAR. 2019

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

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

Assinatura o Carimbo

Anestesista Dr. Michel

ANTES DA INCISÃO

ENTRADA 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

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Michael Cruz Santos  
Profissional: Cirurgião Bernard Hachage

ENTRADA (Sala Pós Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:  
☒ Identificação  
☒ Sítio Cirúrgico  
☐ Procedimento  
Consentimento ☐ Sim ☐ Não

OXÍMETRO: ☒ Não se Aplica  
☐ Aplica ☐ Não se Aplica

TEMPO DE RECADO: ☒ Não se Aplica  
☐ Sim ☐ Não

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA INCLUI:

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM CONDIÇÃO

O PACIENTE POSSUI: ENERGIA CONHECIDA  
☐ Não ☐ Sim, Qual: Negativa

A ÁGUA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO  
☐ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponível

CO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml  
☐ Não ☒ Sim, e uso adequado planejamento  
fluidos Plasma H.O.

Assinatura cm306 Hora: 15:50



92 MAR. 2019

UNIDADE / SETOR		QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE		218-5		
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS				
<p>21/09/18</p> <p>1) Dado líquido. Quarto bem lavado</p> <p>2) 50.97. 500 ml em 818h.</p> <p>3) Colheita 17 em 616h.</p> <p>4) Dexometrona 4g em 818h.</p> <p>5) Fenoxicon 20g em 1212h.</p> <p>6) Difenova 17 em 616h.</p> <p>7) 500ml 50g em 818h.</p> <p>8) Omeprazol 20mg em 1x dia</p> <p>9) Colucho lavado 20g</p> <p>10) Ondansetrona 4g em 818h.</p> <p>11) Unasol 2x ao dia</p> <p>12) CC 66 + 5500.</p>				
DATA / HORA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
		HORÁRIO	OBSERVAÇÃO	
		8:00		
		18:00	24hs: P.A: 118/92	
		18:00	P: 93	
		16:00	T: 36,7°C	
		16:00	Antônio Adilson Técnico de Enfermagem COREN RJ 114.720 TE	
		13:00	12	
		13:00	14	
		13:00	06h: 128/85	
		13:00	P: 81	
		13:00	T: 36,5°C	
		13:00	Antônio Adilson Técnico de Enfermagem COREN RJ 114.720 TE	
		13:00	14	
		13:00	M	
		13:00	Roberta	



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL  
PRESCRIÇÃO DIÁRIA



218-5

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

MICALL CROZ SANTOS

ITEM	DIETA	QUANTIDADE	DATA	17/09/2018
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+SSV			
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

12h: Benfificados SSV 2  
Medicado AVP em M 50,  
com G.N 20.

18:00hs. Pate qm  
Centro cirurgico  
Maria Cecilia Figueira  
COORDENADORA DE ENFERMAGEM

DEXTRO	INSULINA Regular	HORA	DEXTRO	INSULINA
< 70	Glicose 50% 40 ml EV			
< 200	0 UI - SC			
201-250	02 UI - SC			
251-300	04 UI - SC			
301-350	06 UI - SC			
351-400	08 UI - SC			
>400	10 UI - SC			
CHAMAR PLANTONISTA				

ALTA HOSPITALAR

SINAIS VITAIS

HORARIO	14H	18H	24H	06H
PA	124x70			
FC	64			
TEMPERATURA	36,6°C			
FR				
DIURESE				
EVACUAÇÃO				
CURATIVO				

12 MAR. 2019





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



### RESUMO DE ALTA

Nome: *Micael Cruz Sontes*

Data da internação:

Data da alta: *18/09/18*

Profissionais: *Cirurgia Bucomaxilofacial*

### DIAGNÓSTICO

*Fratura de CZO Bilateral*

### TRATAMENTO

*Redução e fixação de fratura de CZO*

### EVOLUÇÃO

*Paciente pós-op, está bem, sem queixas atuais, normotensionado, respondendo bem ao pós-operatório, sem intercorrências. Realizada alta sob prescrição medicamentosa com orientação de retorno no HGR 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*  
Cirurgia Bucomaxilofacial  
CRO-RR 717

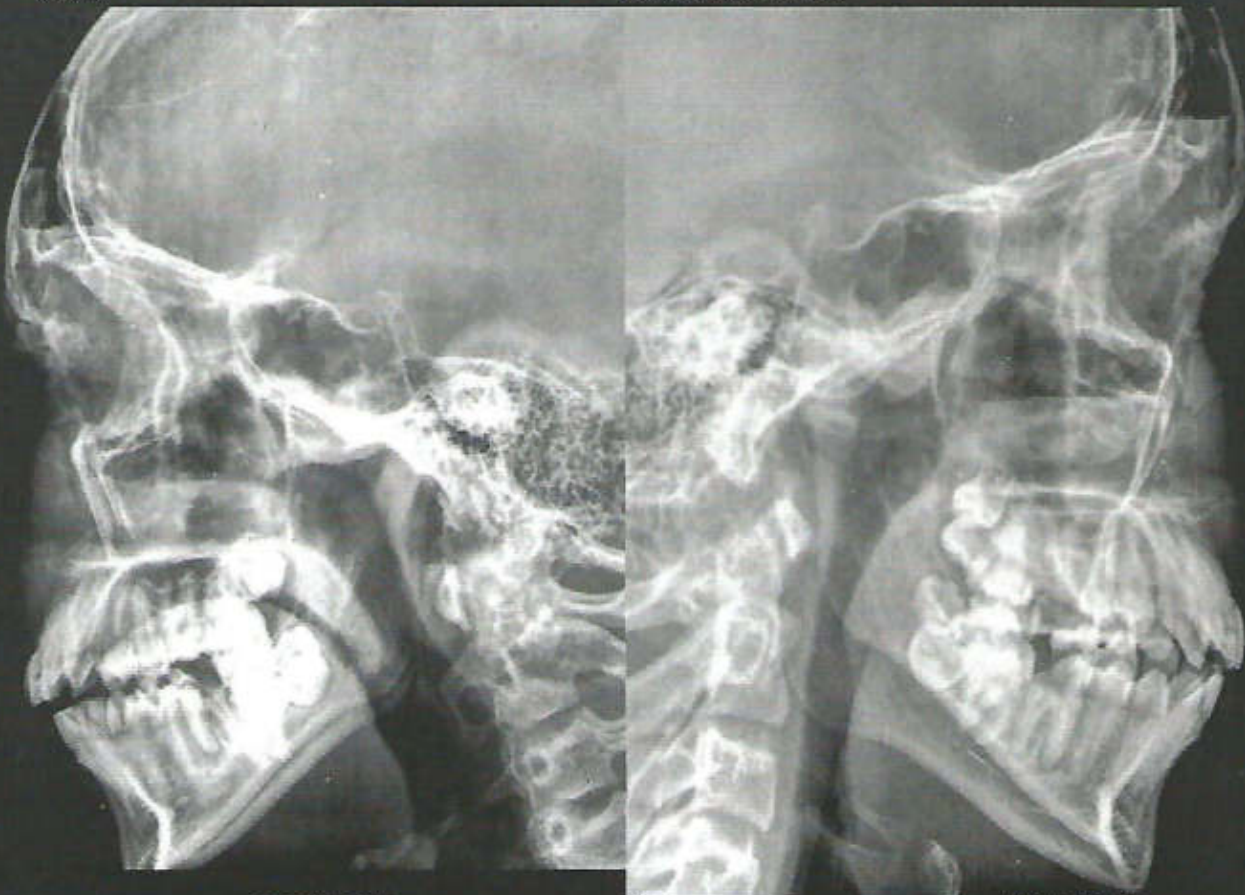
Ass. Cirurgião (CRO)

12 MAR. 2019



55,9 %

24/8/2018 17:28:47



E

D

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.



MAR. 2019



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 539142-3

DATA DE EMISSÃO 29/11/2017

DATA DE NASCIMENTO 25/07/2001

PS

AMADEU ROCHA TRIANI  
Fornecido pelo PGR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

1ª VIA

REGISTRO GERAL

NOME MICHAEL CRUZ SANTOS

FILIAÇÃO JOSÉ RIBAMAR CAETANO DOS SANTOS  
HELENA DA CRUZ SANTOS

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

DDG. ORIGINAL

CERTID. NASC 10063 FLS 96 LIV A-20

CPF SÃO LUIZ-RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO COILU CRUZ

Polegar Direito

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Micael Cruz Santos

Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
**066.504.722-39**

Nome  
**MICHAEL 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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME ILOIR INACIO DE SOUZA		
	DOC. IDENTIDADE / C.R.G. (CLASSIFIC.) 114807 SSP RR	
	CPF 383.051.512-04	DATA NASCIMENTO 07/04/1978
	FILIAÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO	
	CONJUGES ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 980151096	PERMISSÃO AB	ACE AB
	Nº REGISTRO 01101912304	VALIDADE 20/01/2020
	HABILITAÇÃO 15/12/1999	
OBSERVAÇÕES		
ASSINATURA DO PORTADOR		
PROIBIDO PLASTIFICAR 980151096	LOCAL BOA VISTA - ROFAIMA	DATA DE EMISSÃO 30/01/2015
	ASSINATURA DO DIRETOR	
	92485240616 BR207968020	

## 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, Buritis

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



Marjory C. C. Esbell Brighia  
Escritor Autorizada  
Cartório Loureiro