

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:
2980461920210216145427

Processo 0802474-30.2021.8.23.0010 ☆ - (13 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

10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
10	16/02/2021 14:54:27	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
10.1 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2784760CONTESTACAO01.pdf Público
10.2 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2784760CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
10.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf Público
9	12/02/2021 16:20:49	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO Cumprimento de intimação - Referente ao evento DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE CARTA DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO (05/02/2021)	Wallyson Barbosa Moura Advogado
9.1 Arquivo: Petição		Ass.: WALLYSON BARBOSA MOURA	COMPROVANTE DE RESIDENCIA.pdf Público
9.2 Arquivo: Petição		Ass.: WALLYSON BARBOSA MOURA	PROCURAO.pdf Público
8	12/02/2021 16:17:52	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA) em 12/02/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE CARTA DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO (05/02/2021) e ao evento de expedição seq. 7.	Wallyson Barbosa Moura Advogado
7	05/02/2021 10:50:11	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE CARTA DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO (05/02/2021)	Arielly Né de Almeida Analista Judiciária
6	05/02/2021 09:29:04	DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE CARTA DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO	EDUARDO MESSAGGI DIAS Magistrado
5	03/02/2021 11:01:25	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	03/02/2021 11:01:25	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	03/02/2021 11:01:25	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	03/02/2021 11:01:25	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
1	03/02/2021 11:01:25	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 239717 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016

NOME WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO GERALDO ROCHA FRANCO
MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE SANTA INÊS - MA DATA DE NASCIMENTO 09/12/1978

DOC. ORDEM CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35
2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20 AMADEU ROCHA TRIANI
2 VIA Partido Progressista do Povoista Civil
Bombar de 2002

LEI Nº 7 116 DE 29/08/83





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200282762 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA **Data do acidente:** 23/02/2020 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS EXPOSTAS DISTAIS DOS OSSOS DA PERNA DIREITA. P2/19

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO. P7/9/23 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0221963/20

Vítima: JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA

CPF: 322.985.522-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/02/2020

Titular do CPF: JAIME FRANCISCO
CAETANO DA SILVA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA : 322.985.522-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/08/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200282762 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA **Data do acidente:** 23/02/2020 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/08/2020
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURAS EXPOSTAS DISTAIS DOS OSSOS DA PERNA DIREITA. P2/19
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO. P7/9/23 ALTA.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.
Sequelas: Com sequela
Documento/Motivo:
Nome do documento faltante:
Apontamento do Laudo do IML:
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO DIREITO.
Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Jaime Francisco Caetano da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Guia de Geração RG: 86.111.53P-RR
CPF: 322.985.522-15 ENDEREÇO: R. Altair Pereira de Melo 1089
BAIRRO: P. A. Aguiar CIDADE: Boa Vista
CEP: 69.313-4780

VÍTIMA: Jaime Francisco Caetano da Silva
CPF: 322.985.522-15 DATA DO ACIDENTE: 23.02.20
NATUREZA: ☐ DAMS ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Francisco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Autônomo
Nº DO RG: 239777 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC II 294 bairro Moreira

PODERES:

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

Boa Vista RR, 18 de Maio de 2020

x Jaime Francisco Caetano da Silva
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0221963/20

Vítima: JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA

CPF: 322.985.522-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/02/2020

Titular do CPF: JAIME FRANCISCO
CAETANO DA SILVA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA : 322.985.522-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/08/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO





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

Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200282762

Vítima: JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA

Data do Acidente: 23/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16017649



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

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200282762

Vítima: JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA

Data do Acidente: 23/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 000000044033-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
352.985-529-15	352.985-529-15	Jaime Francisco C. Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
5 - Nome completo:	6 - CPF:	7 - Profissão:
Jaime Francisco C. Silva	352.985-529-15	autônomo
8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Rua Altair Pereira de Melo	1089	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:
Praxino Igapo	Boa Vista	RR
14 - CEP:	15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD):
69.313-780		99113-3866

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	21 - DADOS BANCÁRIOS:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA	☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3523 ☐ CONTA: 00044033 ☒	AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	24 - Data do óbito da vítima:
☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não
30 - Vítima deixou nascituro(vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não	33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não necessário	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	

40 - Local e Data:

Boa Vista RR 07 de julho de 2020
X Jaime Francisco C. Silva (altair pereira de melo)
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
William Gonçalves
42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura da Representante Legal (se houver)

FPS.D01 V002/2019

172.014.033.015



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

AUTENTICAÇÃO
Certifico a dou fé, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.
Boa Vista, 27 de julho de 2020
Assinatura: [assinatura]

Fls: 1
Visto:

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00019747/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/07/2020 17:28:31 Data/Hora Fim: 27/07/2020 17:28:31
Delegado de Polícia: Adalmir Almeida Sena Júnior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 23/02/2020 03:25

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Equatorial

Logradouro: Av. Gen. Ataíde Teive/RR/BV e Av. Jesualdo Costa Lima

Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 30/04/1970 Idade 50
Profissão: Autônomo Escolaridade: Sem Informação
Estado Civil: Solteiro(a) Naturalidade: Boa Vista
Nome da Mãe: Maria Rodrigues Caetano Nome do Pai: Cipriano da Silva

Documento(s)

RG: 86111

CPF: 322.985.522-15

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R. ALTAIR PEREIRA DE MELO

Nº: 1089

Complemento: prox. igreja cat.

Bairro: União

Nome Civil: ALISSON BRUNO PIMENTEL DA SILVA (VÍTIMA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 18/03/1992 Idade 28
Profissão: Desempregado Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a) Naturalidade: Boa Vista
Nome da Mãe: Mariete Nunes Pimentel Nome do Pai: Jaime Francisco Caetano da Silva

Documento(s)

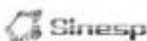
CPF: 025.972.052-66

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ALTAIR PEREIRA D MELO

Nº: 1089



Fls: 2
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00019747/2020-A01

Telefone: (95) 99137-8848

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 012.286.342-97	Placa NAY1512
Renavam 00126627215	Número do Motor JC41E19002728
Número do Chassi 9C2JC41109R002728	Ano/Modelo Fabricação 2009/2009
Cor PRETA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Veículo Adulterado? Não	Situação Meio Empregado, Envolvido
Última Atualização Denatran 03/01/2020	Situação do Veículo RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC ULOS
Nome Envolvido	Envolvimentos
Alisson Bruno Pimentel da Silva	Proprietário
Jaime Francisco Caetano da Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

QUE o comunicante através do número telefônico 95- 99137-8848, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: Que no dia 23/03/2020, por volta das 03h:25min da madrugada, o comunicante estava na garupa de uma motocicleta particular, de marca HONDA, modelo CG 125 FAN KS, cor preta, Placa NAY-1512; QUE o condutor dessa motocicleta era seu filho de nome ALISSON BRUNO PIMENTEL DA SILVA; QUE seu filho trafegava na Av. Gen. Ataíde Teive/RR/BV, sentido Bairro; QUE ao tentar transcolar-se de avenida, para a Av. Jesualdo Costa Lima, no bairro: Equatorial/Boa Vista - RR deparou-se com um buraco nesta avenida; QUE ao passar por dentro desse buraco, seu filho ALISSON perdeu o controle da motocicleta e ambos foram arremessados da motocicleta com o impacto; QUE ambos sofreram lesões, porém o comunicante teve lesões graves, que teve fratura exposta que o osso do fêmur direito havia saído de sua perna e estava visível; QUE alguns transeuntes não identificados que estavam no local, ligaram para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e SAMU, que após alguns minutos compareceram no local realizando procedimento de remoção para o centro de trauma do Hospital Geral de Roraima e HGR; QUE o comunicante e seu filho ALISSON tiveram diversas lesões como consta em laudo médico em anexo a este B.O.

QUE o comunicante externa que apenas foi possível realizar o registro deste boletim de ocorrência na data de hoje (12/07/2020) devido à gravidade de seus ferimentos, que somente registrou o fato para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

~~~~~

QUE para os devidos fins de direito, Eu Hualacy Seelig, S. de Souza, escrivão de polícia "ad-hoc", chefe de seção da polícia civil, matrícula nº 020116684, responsável por este B.O, orientei ao comunicante que ela poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

AUTENTICAÇÃO

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

Boa Vista, 27 de julho de 2020

*Hualacy Seelig*  
Assinatura



Impresso por: Meire Moura da Silva  
Data de Impressão: 27/07/2020 17:29:40

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Fls: 3  
Visto:



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE Ocorrência**

Nº: 00019747/2020-A01

**ASSINATURAS**

Meire Moura da Silva  
Escrivão de Polícia  
Matrícula 42000511  
Responsável pelo Atendimento

Jaime Francisco Caetano da Silva  
Vítima, Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que daí  
origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 349-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

**AUTENTICAÇÃO**

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

Boa Vista, 27 de julho de 2020  
*André Luiz de Souza* Nº: 020116684  
Assinatura



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|                                                                                                                                                    |                    |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------|
| 2 - Nº do sinistro ou ASI:                                                                                                                         | 3 - CPF da vítima: | 4 - Nome completo da vítima: |
| 3002.985-520-15                                                                                                                                    | 3002.985-520-15    | Jaime Francisco C. Silva     |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                    |                              |
| 5 - Nome completo:                                                                                                                                 | 6 - CPF:           | 7 - Profissão:               |
| Jaime Francisco C. Silva                                                                                                                           | 3002.985-520-15    | autônomo                     |
| 8 - Endereço:                                                                                                                                      | 9 - Número:        | 10 - Complemento:            |
| Rua Altair Pereira de Melo                                                                                                                         | 1089               |                              |
| 11 - Bairro:                                                                                                                                       | 12 - Cidade:       | 13 - Estado:                 |
| Praxino Igapo                                                                                                                                      | Boa Vista          | RR                           |
| 14 - CEP:                                                                                                                                          | 15 - E-mail:       | 16 - Tel. (DDD):             |
| 69.313-780                                                                                                                                         |                    | 99113-3866                   |

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

|                                                                                                                         |                                  |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|
| 17 - Nome completo do Representante Legal:                                                                              | 18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal: |
|                                                                                                                         |                                  |                                        |
| Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CÓPIA]. |                                  |                                        |

|                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:                                                                                                                                                               | 21 - DADOS BANCÁRIOS:                                                                                                                                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) |
| <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 A R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)                                                                                                         |
| Nome do BANCO: _____                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                   |
| AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |
| (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                   |

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

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

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

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

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

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

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

|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 23 - Estado civil da vítima:                                                                                                                                                                   | 24 - Data do óbito da vítima:                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo |                                                                                                 |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima:                                                                                                                                                          | 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    |
|                                                                                                                                                                                                | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:                               |
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                             | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 30 - Vítima deixou nascituro(vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                            | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não              |
| 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   |

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

|                                                                 |                                                    |                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não necessário | 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) | 38 - 1ª   Nome: _____<br>CPF: _____<br>Assinatura da testemunha |
|                                                                 | 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  | 39 - 2ª   Nome: _____<br>CPF: _____<br>Assinatura da testemunha |
|                                                                 | 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)   |                                                                 |

40 - Local e Data:

Boa Vista RR 07 de julho de 2020  
X Jaime Francisco C. Silva (altair pereira de melo)  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
William Gonçalves  
42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura da Representante Legal (se houver)

FPS.D01 V002/2019

172.014.033.015



09/04/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 03/2020 referente a UC: 703494



## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

### VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

**ELIETE ARAUJO DA SILVA**

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

|                               |                                |                                                    |
|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO<br><b>703494</b> | MÊS<br><b>03/2020</b>          | PERÍODO DE CONSUMO<br><b>19-FEB-20 a 23-MAR-20</b> |
| CONSUMO (kWh)<br><b>675</b>   | VENCIMENTO<br><b>06-APR-20</b> | TOTAL A PAGAR<br><b>R\$ 552,25</b>                 |

### 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<br><b>703494</b> | MÊS<br><b>03/2020</b> | TOTAL A PAGAR<br><b>R\$ 552,25</b> |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------------|

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABLKIA, CAPITALIZAÇÃO E RESSGURADO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TFM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 823.396.343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jaime Francisco Leão do Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 322.985.522 - 15

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da vítima Jaime Francisco Leão do Silva

inscrito (a) no CPF sob o nº 322.985.522 / 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

|                                     |                          |                               |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Endereço: <u>Rua CC 11</u>          | Número: <u>399</u>       | Complemento: _____            |
| Bairro: <u>Laura Moreira</u>        | Cidade: <u>Boa Vista</u> | Estado: <u>RR</u>             |
| E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u> | CEP: <u>69.318-050</u>   | Tel. (DDD): <u>99113-3855</u> |

Local e Data: Boa Vista RR 07 de julho de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

| GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA            |  | 1ª Classificação                   | Reclassificação                    | Reclassificação                    | Reclassificação                    |
|-----------------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Secretaria de Estado da Saúde           |  | <input type="checkbox"/> Vermelho  | <input type="checkbox"/> Vermelho  | <input type="checkbox"/> Vermelho  | <input type="checkbox"/> Vermelho  |
| Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE |  | <input type="checkbox"/> Laranja   | <input type="checkbox"/> Laranja   | <input type="checkbox"/> Laranja   | <input type="checkbox"/> Laranja   |
| Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308      |  | <input type="checkbox"/> Amarelo   | <input type="checkbox"/> Amarelo   | <input type="checkbox"/> Amarelo   | <input type="checkbox"/> Amarelo   |
|                                         |  | <input type="checkbox"/> Verde     | <input type="checkbox"/> Verde     | <input type="checkbox"/> Verde     | <input type="checkbox"/> Verde     |
|                                         |  | <input type="checkbox"/> Azul Ass. | <input type="checkbox"/> Azul Ass. | <input type="checkbox"/> Azul Ass. | <input type="checkbox"/> Azul Ass. |

| 2001223458                                                               |  | 23/02/2020 03:45:24                                          |  | FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA |  | NOTURNO 19- 13         |  |
|--------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|------------------------|--|
| Paciente                                                                 |  | Data Nascimento                                              |  | Idade                              |  | CNS                    |  |
| JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA                                         |  | 30/04/1970                                                   |  | 49 A 9 M 23 D                      |  |                        |  |
| Tipo Doc                                                                 |  | Documento                                                    |  | Órgão Emissor                      |  | Data Emissão           |  |
| IDENTIDADE                                                               |  | 86111                                                        |  | M                                  |  | 32258552215            |  |
| Mãe                                                                      |  | MARIO RODRIGUES CAETANO                                      |  | Estado Civil                       |  | Ração/Cor              |  |
|                                                                          |  | CIPRIANO DA SILVA                                            |  | BOA VISTA - RR                     |  | Nacionalidade          |  |
| Endereço                                                                 |  | RUA - ALTAIR PEREIRA DE MELO - 1089 - UNIAO - BOA VISTA - RR |  | Contato                            |  | BRASILEIRA             |  |
| Class. de Risco                                                          |  | Plano Convênio                                               |  | Nº da Carteira                     |  | Validade               |  |
|                                                                          |  | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE                                 |  |                                    |  | Autorização            |  |
| Motivo do Atendimento                                                    |  | Caráter do Atendimento                                       |  | Profissional do Atend.             |  | Tomp.                  |  |
| ACIDENTE DE MOTO                                                         |  | URGÊNCIA                                                     |  |                                    |  | Peso                   |  |
| Sotor                                                                    |  | Tipo de Chegada                                              |  | Procedimento Sol.                  |  | Pressão                |  |
| GRANDE TRAUMA                                                            |  | SAMU CAPITAL                                                 |  |                                    |  | Registrado por:        |  |
| Queixa Principal                                                         |  | [ ] Síndrome Febril                                          |  | [ ] Sintomático Respiratório       |  | [ ] Suspeita de Dengue |  |
| "Fratura exposta"                                                        |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| Anamnese de Enfermagem                                                   |  | GSC                                                          |  | TOTAL                              |  |                        |  |
|                                                                          |  | AO: 12345 RV: 12345 MRV: 123456                              |  | 15                                 |  |                        |  |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)                               |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| SAMU com relato de fratura exposta                                       |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| Exame Físico                                                             |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| BEG, embriagado, dispneia, normotensão                                   |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| Hipótese Diagnóstica                                                     |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| AR: MV/DIRA/ABD/D/alterações/Ext pulsos                                  |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| em este membro distal quente? ECG (Preparado)                            |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| SADT - Exames Complementares                                             |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| [ ] RAIO-X [ ] ULTRA-SON [ ] TC [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] ECG [ ] OUTROS: |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| PRESCRIÇÃO                                                               |  | APRAZAMENTO                                                  |  | OBSERVAÇÃO                         |  |                        |  |
| 1) Rituoxano 1g EV                                                       |  | 04/41                                                        |  |                                    |  |                        |  |
| 2) Gentamicina 240mg EV                                                  |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| 3) Dipirona 1g EV                                                        |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| 4) Telotul 40mg EV                                                       |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| 5) SF 0,9% 500ml EV                                                      |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| 6) ATT 0,5ml IN                                                          |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| Condução                                                                 |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| [ ] Alta por Decisão Médica                                              |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| [ ] Alta a Pedido                                                        |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| [ ] Alta a Revelia                                                       |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| [x] Transferência para: out pedido                                       |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| óbito                                                                    |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| Antes do 1º Atendimento? [ ] Sim [ ] Não                                 |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| Destino: [ ] Família [ ] IMB/Anatomia Patológica                         |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| Assinatura do Paciente ou Responsável                                    |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| Carimbo e Assinatura do Médico                                           |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| Impresso por: lidiane.oliveira                                           |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |
| Data Hora: 23/02/2020 03:46:09                                           |  |                                                              |  |                                    |  |                        |  |

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJDUE 3KPKG MDCX8 C3PHD

23 FEV 2020

# Urologia (de 05:42)

FCC sem puna (D)

RX uniaxial FX de Ovar da puna (D).

HD: Juntura Capta de Túlax fílax (D).

AD: Ao AC.

Dr. Fernando Bezende  
Médico  
CRM-RR 2007

NIR

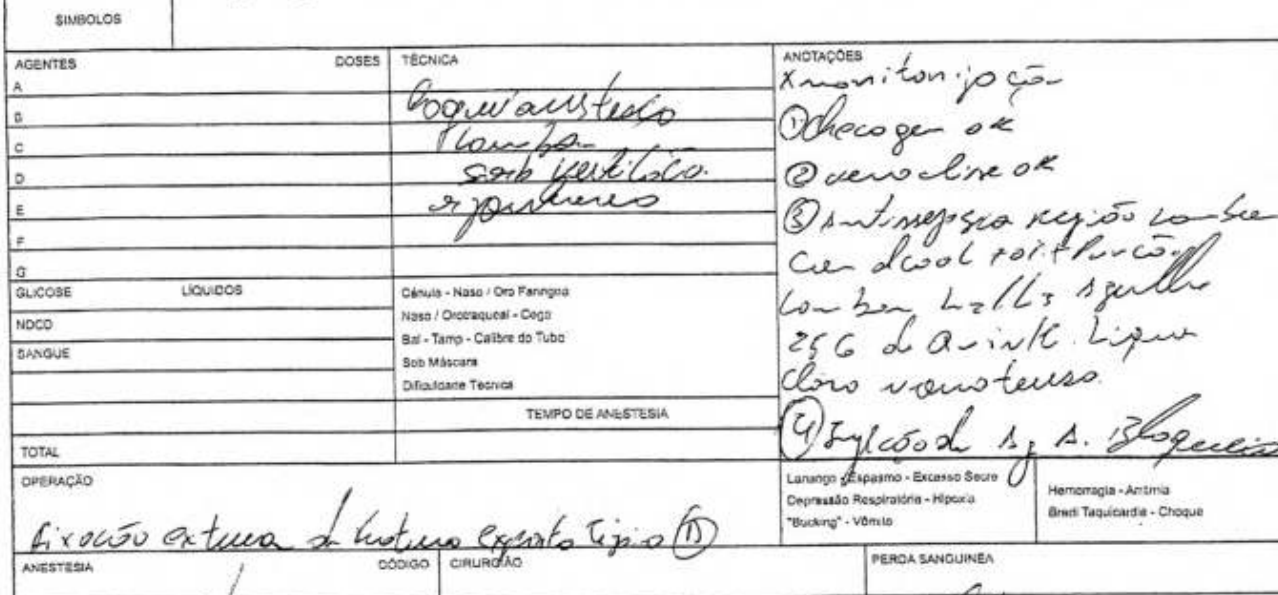
Anexo I

Trans: 26/02/2020

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

## FICHA DE ANESTESIA

Nº 1300 Lin Co - WM  
2167/20.



Dra. Ana Paula Thomé  
Médica Anestesiologista

Scybalis.  
 ① *Chelonia mydas*  
 ② *Desmarestia* 10-11  
 ③ *Diapora*  
 ④ *RDS*





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

# FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

|                                                                                 |                                   |                                            |                            |                                               |       |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|-------|
| NOME DO PACIENTE<br><i>Guine Francisco Costano da Silva</i>                     |                                   | APT OU LEITO                               | Nº DO PRONTUÁRIO           | DATA<br><i>23 / 2 / 2021</i>                  |       |
| <b>CIRURGIA</b>                                                                 |                                   |                                            |                            |                                               |       |
| TIPO<br><i>Tt cirurgia de frot. interna de bacia (função interna)</i>           |                                   | TEMPO DE DURAÇÃO                           |                            |                                               |       |
|                                                                                 |                                   | INICIO<br><i>11.30</i>                     | FIM<br><i>13.10</i>        | TEMPO TOTAL                                   |       |
| <b>EQUIPE MÉDICA</b>                                                            |                                   |                                            |                            |                                               |       |
| CIRURGIÃO<br><i>Dr Pablo</i>                                                    |                                   | ANESTESISTA:<br><i>Dr. Anna Paula</i>      |                            |                                               |       |
| 1º AUXILIAR<br><i>Dr Odinech</i>                                                |                                   | RES. ANESTESIA:<br><i>Dr. Emanuel (R2)</i> |                            |                                               |       |
| 2º AUXILIAR                                                                     |                                   | INSTRUMENTADOR                             |                            |                                               |       |
|                                                                                 |                                   | CIRCULANTE<br><i>Elizabeth M. Raimundo</i> |                            |                                               |       |
| TIPO DE ANESTESIA: <i>Uraque</i>                                                |                                   | TEMPO DE DURAÇÃO:                          |                            |                                               |       |
| QUANT.                                                                          | MATERIAIS                         | VALOR                                      | QUANT                      | MEDICAMENTOS                                  | VALOR |
| <i>7</i>                                                                        | PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.       | <i>7</i>                                   |                            | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml               |       |
| <i>1</i>                                                                        | PACOTES GAZE                      |                                            |                            | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO                  |       |
| <i>1</i>                                                                        | LUVA ESTERIL 7.0                  |                                            |                            | FRASCOS- SORO GLICOSADO                       |       |
|                                                                                 | LUVA ESTERIL 7.5                  |                                            |                            | FIO VICRYL Nº                                 |       |
|                                                                                 | LUVA ESTERIL 8.0                  |                                            | <i>1</i>                   | FIO MONONYLON Nº <i>20</i>                    |       |
| <i>1</i>                                                                        | LUVA ESTERIL 8.5                  |                                            |                            | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº                     |       |
| <i>12</i>                                                                       | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS <i>per</i> |                                            |                            | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº                     |       |
| <i>1</i>                                                                        | LÂMINA BISTURI Nº <i>155; 221</i> |                                            |                            | FIO CATGUT SIMPLES Nº                         |       |
|                                                                                 | DRENO DE SUÇÃO Nº                 |                                            |                            | FIO CATGUT CROMADO Nº                         |       |
|                                                                                 | DRENO DE TORAX Nº                 |                                            |                            | FIO PROLENE Nº                                |       |
|                                                                                 | DRENO DE PENROSE Nº               |                                            | <i>1</i>                   | <del>PROLENE</del> <i>nylon 1</i>             |       |
|                                                                                 | SERINGA 01ML                      |                                            | <i>1</i>                   | <del>SURGITEE</del> <i>aladura 20</i>         |       |
|                                                                                 | SERINGA 03ML                      |                                            | <i>1</i>                   | <del>GERA PLOSO</del> <i>edex p 10g</i>       |       |
| <i>1</i>                                                                        | SERINGA 05 ML                     |                                            | <i>1</i>                   | <del>PROLENE</del> <i>Nº 20 p/ resque 25</i>  |       |
| <i>1</i>                                                                        | SERINGA 10ML                      |                                            | <i>50ml</i>                | <del>GELOAM</del> <i>Alcogol 70%</i>          |       |
| <i>1</i>                                                                        | SERINGA 20ML                      |                                            | <i>50ml</i>                | <del>KLACARDICA</del> <i>Desmolidina 1,0g</i> |       |
|                                                                                 |                                   |                                            | <i>1</i>                   | <del>OUTROS</del> <i>elutidos</i>             |       |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                                   |                                            | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE |                                               |       |
| INSTRUMENTADOR (A) <i>Sullen</i>                                                |                                   | ENFERMEIRA CHEFE <i>Brika</i>              |                            | MATERIAL MEDICAMENTOS                         |       |
| FUNÇÃOÁRIO/CALCULOS                                                             |                                   | CIRCULANTE DE SALA                         |                            | SUB- TOTAL                                    |       |
|                                                                                 |                                   |                                            |                            | TAXA DE SALA                                  |       |
|                                                                                 |                                   |                                            |                            | TAXA DE ANESTESIA                             |       |
|                                                                                 |                                   |                                            |                            | SOMA                                          |       |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE                                           |                                   |                                            |                            |                                               |       |





**\*AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS\***

## CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

|                                                  |             |                |            |                         |                  |
|--------------------------------------------------|-------------|----------------|------------|-------------------------|------------------|
| Estabelecimento:<br>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA    |             | Especialidade: |            | Procedimento Realizado: |                  |
| Nome do Paciente:                                |             |                | IDADE:     | SEXO: F ( ) M ( )       | Nº do Prontuário |
| Data: ____/____/____                             |             |                |            |                         |                  |
| Bloco:                                           | Enfermaria: | Leito:         | Nº da Sala | Circulante de Sala:     |                  |
| CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: |             |                |            |                         |                  |

**Dados dos materiais/Serviço**

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_ 1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADOR:

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_ 1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

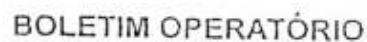
INSTRUMENTADOR:

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

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





BOLETIM OPERÁRIO

Data:

OS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

**INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:**

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º aUXILIAR:

2-AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

**ANESTHESIA:**

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

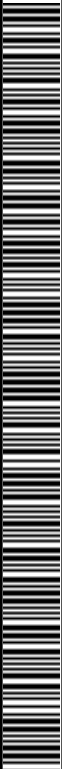
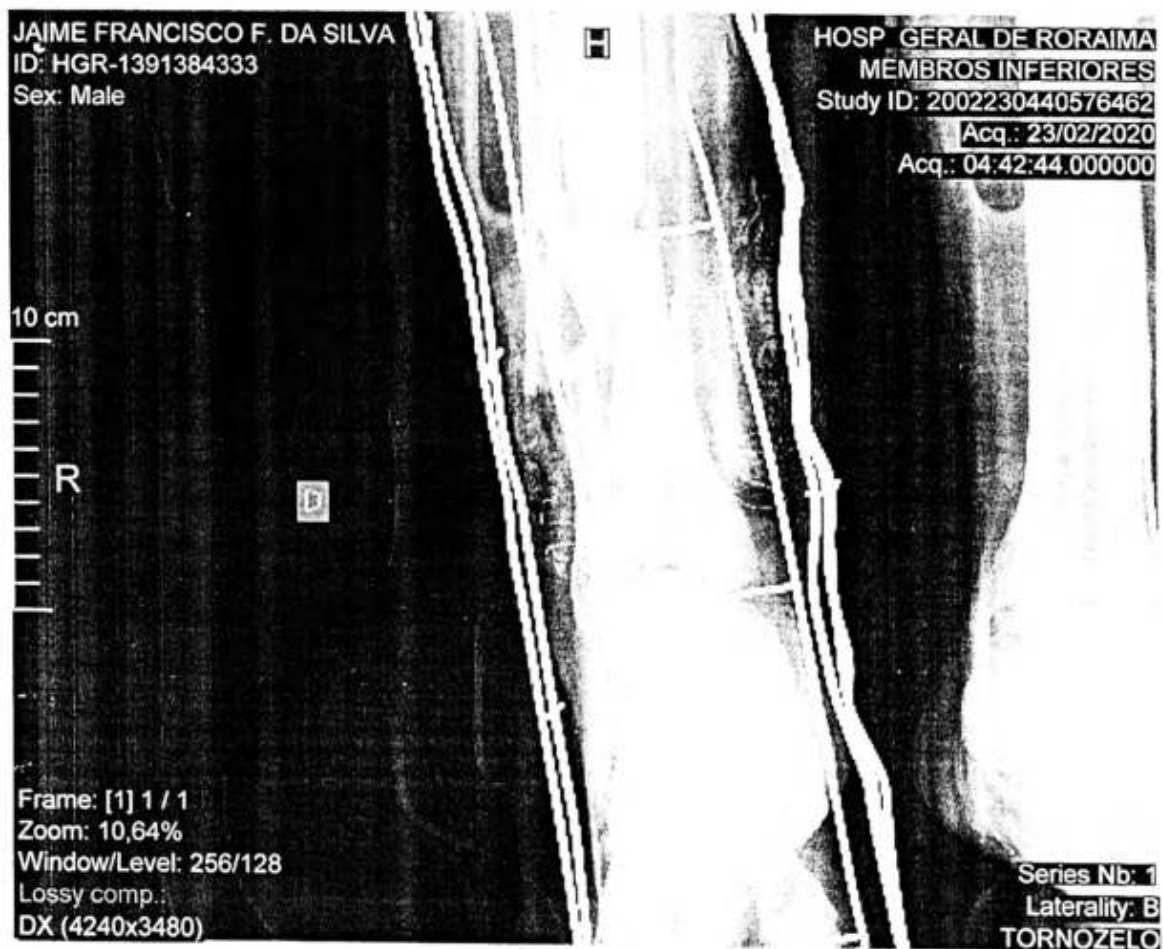
**DURAÇÃO:**

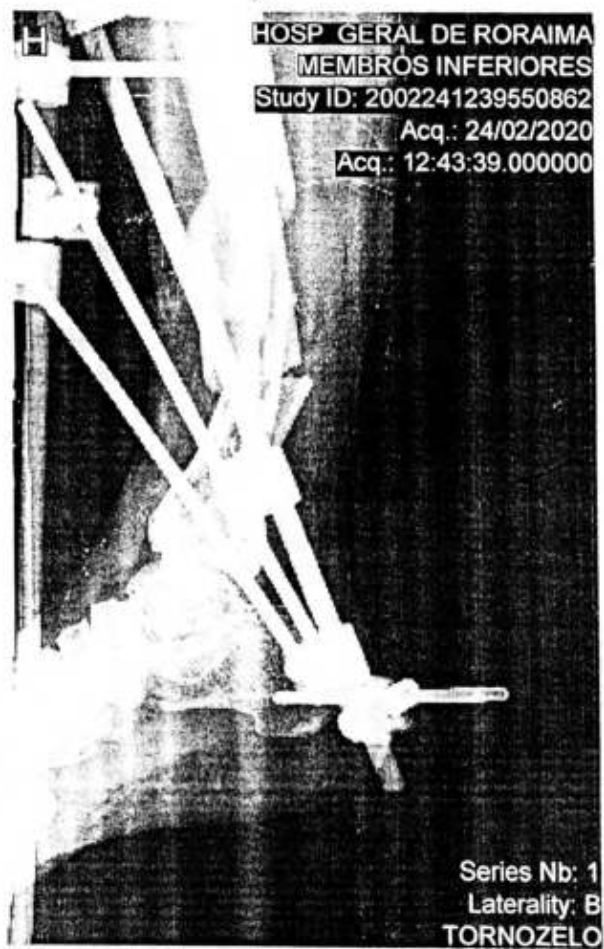
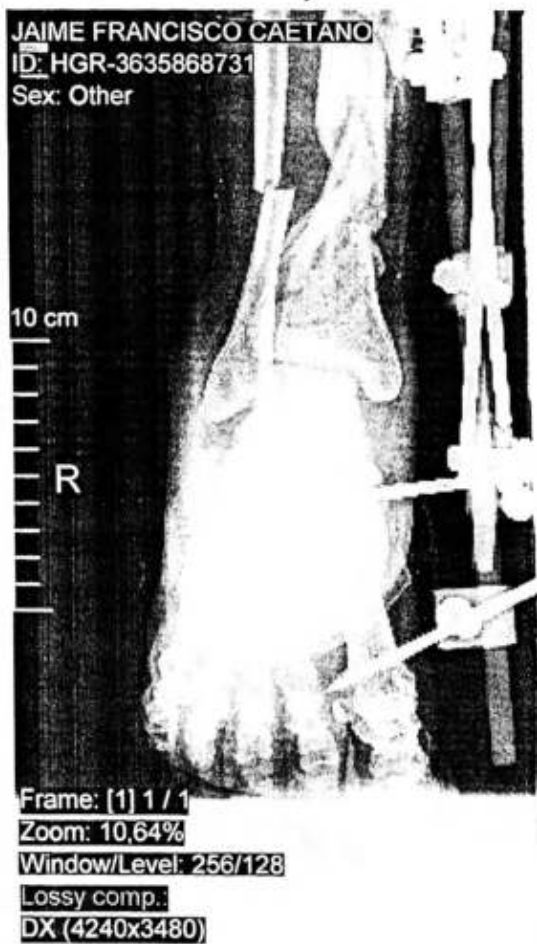
## RELATÓRIO CIRÚRGICO

Dr. Marcelo Almeida  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM-RR 12.418 / RQE: 550

- [illegible]







ETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 11/11/2019 VALOR TOTAL: R\$ 94.100,00 DESTINATÁRIO: FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DE RORAIMA - FUNDES - AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, S/N NOVO PLANALTO Boa Vista-RR

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Nº. 000.000.115  
Série 001

|                                                                                                                                          |  |                                                                          |  |                                                                                                                        |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE                                                                                                                |  | <b>DANFE</b><br>Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica             |  |                                      |  |
| QUANTUM EMPREENDIMENTOS EM SAÚDE LTDA-EPP<br>AV. MARIO HOMEM DE MELO, 191-A<br>CENTRO - 69301-200<br>Boa Vista - RR Fone/Fax: 9532244571 |  | 0 - ENTRADA<br>1 - SAÍDA                                                 |  | CHAVE DE ACESSO<br>1419 1110 6318 9700 0105 5500 1000 0001 1510 0000 7859                                              |  |
|                                                                                                                                          |  | Nº. 000.000.115<br>Série 001<br>Folha 1/2                                |  | Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br>www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora |  |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br><b>Venda</b>                                                                                                     |  | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>314190002930555 - 11/11/2019 21:55:06 |  |                                                                                                                        |  |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>240161736                                                                                                          |  | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.                                     |  | CNPJ<br>10.631.897/0001-05                                                                                             |  |

|                                                                    |  |                                    |  |                       |  |
|--------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|-----------------------|--|
| DESTINATÁRIO / REMETENTE                                           |  | CNPJ / CPF                         |  | DATA DA EMISSÃO       |  |
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DE RORAIMA - FUNDES |  | 05.370.016/0001-00                 |  | 11/11/2019            |  |
| ENDEREÇO<br>V. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, S/N                       |  | BAIRRO / DISTRITO<br>NOVO PLANALTO |  | DATA DA SAÍDA/ENTRADA |  |
| INÍCIO                                                             |  | CEP<br>69312-470                   |  | HORA DA SAÍDA/ENTRADA |  |
| Boa Vista                                                          |  | UF<br>RR                           |  | INSCRIÇÃO ESTADUAL    |  |
|                                                                    |  | FONE / FAX<br>9521210521           |  |                       |  |

| VALOR DO ICMS  | VALOR DO ICMS   | BASE DE CALC. ICMS S.T. | VALOR DO ICMS SUBST. | V. IMP. IMPORTAÇÃO | V. ICMS UF REMET. | VALOR DO FCP  | VALOR DO PIS    | V. TOTAL PRODUTOS |
|----------------|-----------------|-------------------------|----------------------|--------------------|-------------------|---------------|-----------------|-------------------|
| 0,00           | 0,00            | 0,00                    | 0,00                 | 0,00               | 0,00              | 0,00          | 0,00            | 94.100,00         |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO                | OUTRAS DESPESAS      | VALOR TOTAL IN     | V. ICMS UF DEST.  | V. TOT. TRIB. | VALOR DA COFINS | V. TOTAL DA NOTA  |
| 0,00           | 0,00            | 0,00                    | 0,00                 | 0,00               | 0,00              | 0,00          | 0,00            | 94.100,00         |

|                                       |  |                 |  |             |  |                    |  |            |  |              |  |
|---------------------------------------|--|-----------------|--|-------------|--|--------------------|--|------------|--|--------------|--|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS |  | FRETE POR CONTA |  | CÓDIGO ANTT |  | PLACA DO VEÍCULO   |  | UF         |  | CNPJ / CPF   |  |
| NOME / RAZÃO SOCIAL                   |  | FRETE POR CONTA |  |             |  |                    |  |            |  |              |  |
| ENDEREÇO                              |  | MUNICÍPIO       |  | UF          |  | INSCRIÇÃO ESTADUAL |  |            |  |              |  |
|                                       |  |                 |  |             |  |                    |  |            |  |              |  |
| QUANTIDADE                            |  | ESPÉCIE         |  | MARCA       |  | NUMERAÇÃO          |  | PESO BRUTO |  | PESO LÍQUIDO |  |
|                                       |  |                 |  |             |  |                    |  |            |  |              |  |

| DIGITO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO                                 | NCM/SH   | Q/CST | CFOP | UN | QUANT   | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | B.CALC ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALIQ ICMS | ALIQ IPI |
|----------------|----------------------------------------------------------------|----------|-------|------|----|---------|------------|-------------|-------------|------------|-----------|-----------|----------|
| 0001           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 250, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19B002620  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 5,0000  | 600,0000   | 3.000,00    | 0,00        | 0,00       | 0,00      | 0,00      |          |
| 0002           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 250, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19H001219  | 90211020 | 0400  | 5102 | UN | 17,0000 | 600,0000   | 10.200,00   | 0,00        | 0,00       | 0,00      | 0,00      |          |
| 0003           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 250, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19H001220  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 3,0000  | 600,0000   | 1.800,00    | 0,00        | 0,00       | 0,00      | 0,00      |          |
| 0004           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19E001529  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 5,0000  | 600,0000   | 3.000,00    | 0,00        | 0,00       | 0,00      | 0,00      |          |
| 0005           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19E001530  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 17,0000 | 600,0000   | 10.200,00   | 0,00        | 0,00       | 0,00      | 0,00      |          |
| 0006           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19E001531  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 17,0000 | 600,0000   | 10.200,00   | 0,00        | 0,00       | 0,00      | 0,00      |          |
| 0007           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19E003733  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 3,0000  | 600,0000   | 1.800,00    | 0,00        | 0,00       | 0,00      | 0,00      |          |
| 0008           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19E003735  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 6,0000  | 600,0000   | 3.600,00    | 0,00        | 0,00       | 0,00      | 0,00      |          |
| 0009           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 3000, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19E003736 | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 2,0000  | 600,0000   | 1.200,00    | 0,00        | 0,00       | 0,00      | 0,00      |          |
| 0010           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19A002349  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 7,0000  | 600,0000   | 4.200,00    | 0,00        | 0,00       | 0,00      | 0,00      |          |
| 0011           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19A002351  | 90211020 | 0300  | 5103 | UN | 14,0000 | 600,0000   | 8.400,00    | 0,00        | 0,00       | 0,00      | 0,00      |          |
| 0012           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19A003616  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 17,0000 | 600,0000   | 10.200,00   | 0,00        | 0,00       | 0,00      | 0,00      |          |
| 0013           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19A003617  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 8,0000  | 600,0000   | 4.800,00    | 0,00        | 0,00       | 0,00      | 0,00      |          |
| 0014           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19B002626  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 4,0000  | 600,0000   | 2.400,00    | 0,00        | 0,00       | 0,00      | 0,00      |          |
| 0015           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 400, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19A004667  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 15,0000 | 600,0000   | 9.000,00    | 0,00        | 0,00       | 0,00      | 0,00      |          |
| 0016           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 400, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19I000754  | 90211020 | 7400  | 5103 | UN | 8,0000  | 600,0000   | 4.800,00    | 0,00        | 0,00       | 0,00      | 0,00      |          |
| 0017           | FIXADOR EXTERNO PARA PUNHO, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19E001138  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 5,0000  | 530,0000   | 2.650,00    | 0,00        | 0,00       | 0,00      | 0,00      |          |
| 0018           | FIXADOR EXTERNO PARA PUNHO, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19E001139  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 3,0000  | 530,0000   | 1.590,00    | 0,00        | 0,00       | 0,00      | 0,00      |          |

|                                                                                      |  |                    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|--|
| DADOS ADICIONAIS                                                                     |  | RESERVADO AO FISCO |  |
| FORMAÇÕES COMPLEMENTARES                                                             |  |                    |  |
| Contribuinte: Informações Adicionais de Interesse do Fisco: PROCESSO Nº 007273/19-33 |  |                    |  |
| ATA DE EMPENHO: 20601.0001.19.02212-9                                                |  |                    |  |
| DOSBANCARIOS: BANCO DO BRASIL                                                        |  |                    |  |
| JENCIA                                                                               |  |                    |  |
| 17-4                                                                                 |  |                    |  |
| JANTA CORRENTE: 56.164-9. EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL                      |  |                    |  |
| Fisco: &Qsd.                                                                         |  |                    |  |



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

Nome: Jaime Francisco Cardoso da Silva

Data de Nascimento: 30/04/1990 Idade: 29 Setor/Leito: 11-1113

Termo de Consentimento Cirurgia: ( ) Sim ( ) Não

Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim ( ) Não

Termo de Consentimento Cirurgia: ( ) Sim ( ) Não

Termo de Colheita Antecipa: ( ) sim ( ) não

Date: 23/02/2020

[illegible]



| PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM                                                                                                            |                                                                                                                                                                      |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM                                                                                                           | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM                                                                                                                                           | HORÁRIO E CHECAGEM |
| <input checked="" type="checkbox"/> Risco de Queda<br>Prevenir queda                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> Manter grades elevada na RPA                                                                                                     | pré-pós            |
| <input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração<br>Prevenir Broncoaspiração                                                       | <input type="checkbox"/> Monitor nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutir na RPA                                                      |                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Risco de Infecção<br>Prevenir infecção evitável                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Observar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos         | trans e pós        |
| <input type="checkbox"/> Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos<br>Manter o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido – básico | <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor e hipertermia)                                           |                    |
| <input type="checkbox"/> Risco de Glicemia Instável<br>Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia                      | <input type="checkbox"/> Monitorar temperatura e comunicar alterações                                                                                                |                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada<br>Propiciar a recuperação adequada da pele                     | <input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese) |                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade Física prejudicada                                                                   | <input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca)                                                 | trans e pós        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dor aguda<br>Controlar a dor e promover conforto                                                | <input type="checkbox"/> Realizar controle de débito de glicemia capilar, se prescrito. Comunicar se abaixo de 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl                         |                    |
| <input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz<br>Proporcionar troca gasosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas | <input checked="" type="checkbox"/> Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações                                                                    | trans e pós        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Náuseas<br>Controlar / Ausência de náusea                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / secreções                                                   |                    |
| <input type="checkbox"/> Ansiedade<br>Controlar de ansiedade                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar alinhamento do corpo do paciente                                                                                    | pós                |
| <input type="checkbox"/> Confusão Aguda / Crônica                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração)                           |                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Comunicação Verbal prejudicada                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação conforme prescrição médica                                                                                 |                    |
|                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar                                                                              |                    |
|                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica                                                                                           | pós                |
|                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas                                                                                  |                    |
|                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição                                                                               |                    |
|                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente                                                                              |                    |
|                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente                                                                                         |                    |
|                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós operatório                                                                  |                    |

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

U: 30 pte admitido em SO p/ ser submetido a T. cirúrgico de físt. imposta de T. bial. D. pós a. pneumotórax. monitorizados em multiparametros; aceno venoso m. o. e. pulso; de débito dorsal; irradiação em m. ID; após procedimento realizado curativos em anel de SRPA

Suellem da S. Ramos  
Enfermeira  
COREN-RR 349.935

Responsável: \_\_\_\_\_



ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Samir Francisco Custodio  
Responsável Cirurgião Fuente / Pedrinho

### ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade  
☐ Sítio Cirúrgico  
☒ Procedimento  
☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

- ☐ Aplica ☐ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

### O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ☒ Não ☐ Sim, Qual: \_\_\_\_\_

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☐ Não ☒ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

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

Data 16/02/2021 Assinatura [Assinatura] Hora: 11:50

da Siba ANTES DA INCISÃO

Anestesista Jana Paula

### 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: Aplicada 1h Hora: 04:40

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☒ Sim ☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

### SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

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

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

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

- ☒ Sim ☐ Não

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

Suelen da S. Romão  
Enfermeira  
Assinatura e Carimbo

111.2

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA            |                                                          |      |          |      |             |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|------|----------|------|-------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                          |      |          |      |             |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                          |      |          |      |             |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                          |      |          |      |             |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                          | DIH  | DN       |      |             |
| PACIENTE                             | Jaime Francisco Riolano da Silva                         |      |          |      |             |
| AGNOSTIC                             | Fratura exposta do antebraço direito                     |      |          |      |             |
| ALERGIAS                             | HAS                                                      | NEGA | DM2      | NEGA |             |
| IDADE                                | LEITO                                                    | DATA | 23/02/20 |      |             |
| ITEM                                 | PRESCRIÇÃO                                               |      |          |      | HORÁRIO     |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                         |      |          |      | SND         |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                 |      |          |      | Manten      |
| 3                                    | SF 0,9% 500ML EV S/N                                     |      |          |      |             |
| 4                                    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H                                   |      |          |      | 18 22 04 10 |
| 5                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                  |      |          |      | 06          |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA   |      |          |      | SN          |
| 7                                    | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 |      |          |      | SN          |
| 8                                    | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                    |      |          |      | 16 24 08    |
| 9                                    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                          |      |          |      | SN          |
| 10                                   | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                         |      |          |      | 18 22 04 10 |
| 11                                   | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H               |      |          |      | Suspensão   |
| 12                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG      |      |          |      | SN          |
| 13                                   | SSVV + CCGG 6/6 H                                        |      |          |      | Antes       |
| 14                                   | CURATIVO DIÁRIO                                          |      |          |      | Curativo    |
| 15                                   | Ceftriaxona 1g EV 12/12h                                 |      |          |      | 18 06       |
| 16                                   |                                                          |      |          |      |             |
| 17                                   |                                                          |      |          |      |             |
| 18                                   |                                                          |      |          |      |             |
| 19                                   |                                                          |      |          |      |             |
| 20                                   |                                                          |      |          |      |             |
| 21                                   |                                                          |      |          |      |             |

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

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

| SINAIS VITAIS |        |    |    |
|---------------|--------|----|----|
| 6 H           | PA     | FC | FR |
| 12 H          |        |    |    |
| 18 H          | 108/65 | 86 |    |
| 24 H          | 108/60 | 67 | 36 |

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Obs: 118/80 84  
Plantas Admns:

Paciente no leito, sem dor,  
oculto sem medicações presc-  
tas; segue aos cuidados de

Diane  
Diane Stefany Ferreira Diniz  
COREN-RR 976.689-1E

Dr Odineci Okemiri  
Médico  
CRM/RR 1851

25 de ago de 2021  
02 Administrado Inicial  
Caso de acordo  
2º com reunião  
medica aferindo  
Sinais vitais

Reinanda L. de S.  
02/08/2021

93/05/20  
Juntada de Petição de Contestação  
02/08/2021

02/08/2021

02/08/2021

02/08/2021



| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA            |                                                         |              |      |                |         |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------|------|----------------|---------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                         |              |      |                |         |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                         |              |      |                |         |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                         |              |      |                |         |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                         | DIH          |      | DN             |         |
| PACIENTE                             | <i>João Francisco Colares</i>                           |              |      |                |         |
| AGNOSTIC                             | <i>fr</i>                                               |              |      |                |         |
| ALERGIAS                             | HAS                                                     | NEGA         | DM2  | NEGA           |         |
| IDADE                                | LEITO                                                   | <i>111-2</i> | DATA | <i>24/2/20</i> |         |
| ITEM                                 | PRESCRIÇÃO                                              |              |      |                | HORÁRIO |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                        |              |      |                |         |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                |              |      |                |         |
| 3                                    | SF 0,9% 500ML EV S/N                                    |              |      |                |         |
| 4                                    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H                                  |              |      |                |         |
| 5                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                 |              |      |                |         |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA   |              |      |                |         |
| 7                                    | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 |              |      |                |         |
| 8                                    | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                   |              |      |                |         |
| 9                                    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                         |              |      |                |         |
| 10                                   | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                        |              |      |                |         |
| 11                                   | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H              |              |      |                |         |
| 12                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG     |              |      |                |         |
| 13                                   | SSVV + CCGG 6/6 H                                       |              |      |                |         |
| 14                                   | CURATIVO DIÁRIO                                         |              |      |                |         |
| 15                                   | <i>Captopril 16 EV 12/12h</i>                           |              |      |                |         |
| 16                                   | <i>Atorvastatina 20mg EV 12/12h</i>                     |              |      |                |         |
| 17                                   |                                                         |              |      |                |         |
| 18                                   |                                                         |              |      |                |         |
| 19                                   |                                                         |              |      |                |         |
| 20                                   |                                                         |              |      |                |         |
| 21                                   |                                                         |              |      |                |         |

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

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

*Dr. Augusto Cavalcante*  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1984

| SINAIS VITAIS |               |           |           |             |
|---------------|---------------|-----------|-----------|-------------|
| 6 H           | PA            | FC        | FR        | T           |
| 12 H          | <i>138x82</i> | <i>72</i> |           | <i>36</i>   |
| 18 H          | <i>138x90</i> | <i>84</i> | <i>19</i> | <i>36,8</i> |
| 24 H          | <i>140x96</i> | <i>78</i> |           | <i>36,5</i> |

*Planta motora com  
Pot. acentuado 10/16, realizado  
SS. e melhora do hêmico.*

vis. As ex. cc de da 24/02/20, o paciente no leito maliciado e em  
em intercorrência e segue as cuidados da enfermagem

Assinado digitalmente por  
João Alves Barbosa Filho  
CPF: 000.000.000-00





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                 |       |            |      |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------|------------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                 | DIH   | 23/02/2020 | DN   |            |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                          | JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA                                |       |            |      |            |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                       | FRATURA EXPOSTA DE PILÃO TIBIAL DIREITO                         |       |            |      |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                 | HAS   |            | DM2  |            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                 | LEITO | 111-2      | DATA | 25/02/2020 |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |       |            |      | HORÁRIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIETA ORAL LIVRE                                                |       |            |      | JND        |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                 | AVP                                                             |       |            |      | 12/18      |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                 | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H                             |       |            |      | 12/18      |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                 | TILATIL 20MG EV DE 12/12H                                       |       |            |      | 12/18      |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H                               |       |            |      | 12/18      |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA                                    |       |            |      | 5/10       |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                         |       |            |      | 5/10       |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN |       |            |      | 5/10       |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                 | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                     |       |            |      | 5/10       |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG             |       |            |      | 5/10       |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                | CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H                               |       |            |      | 5/10       |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                 |       |            |      |            |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                | CURATIVO                                                        |       |            |      | Curativo   |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                | SSVV + CCGG 6/6H                                                |       |            |      | Curativo   |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                 |       |            |      |            |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                 |       |            |      |            |
| <b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ;<br>351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                                 |       |            |      |            |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS,  
SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO  
EM MID DIA 23/2/20

| SINAIS VITAIS |        |    |      | DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-<br>RR/1964<br>RESIDENTE EM ORTOPEDIA E<br>TRAUMATOLOGIA |
|---------------|--------|----|------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 6 H           | PA     | FC | FR   |                                                                                    |
| 12 H          | 100x60 | 97 | 36°C |                                                                                    |
| 18 H          | 114x61 | 63 | 36°C |                                                                                    |
| 24 H          | 140x80 | 75 |      |                                                                                    |

12h. não foi Administrado skm 03, pois não foi dispensado pela farmácia.





GOVERNO DO PARÁ  
Hospital Geral de Roraima

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                 |       |            |      |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------|------------|------|-------------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                    |                                                                 | DIH   | 23/02/2020 | DN   |             |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                            | JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA                                |       |            |      |             |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                         | FRATURA EXPOSTA DE PILÃO TIBIAL DIREITO                         |       |            |      |             |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                            |                                                                 | HAS   |            | DM2  |             |
| IDADE                                                                                                                                                                                                               |                                                                 | LEITO | 111-2      | DATA | 26/02/2020  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                |                                                                 |       |            |      | HORÁRIO     |
| 1                                                                                                                                                                                                                   | DIETA ORAL LIVRE                                                |       |            |      |             |
| 2                                                                                                                                                                                                                   | AVP                                                             |       |            |      |             |
| 3                                                                                                                                                                                                                   | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H                             |       |            |      | 12 18 24 06 |
| 4                                                                                                                                                                                                                   | TILATIL 20MG EV DE 12/12H                                       |       |            |      | 18 06 06 06 |
| 5                                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H                              |       |            |      | 12 18 24 06 |
| 6                                                                                                                                                                                                                   | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA                                    |       |            |      | 06          |
| 7                                                                                                                                                                                                                   | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                         |       |            |      |             |
| 8                                                                                                                                                                                                                   | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN |       |            |      |             |
| 9                                                                                                                                                                                                                   | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                     |       |            |      |             |
| 10                                                                                                                                                                                                                  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG             |       |            |      |             |
| 11                                                                                                                                                                                                                  | CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H                               |       |            |      | 18 22       |
| 12                                                                                                                                                                                                                  |                                                                 |       |            |      |             |
| 13                                                                                                                                                                                                                  | CURATIVO                                                        |       |            |      |             |
| 14                                                                                                                                                                                                                  | SSVV + CCGG 6/6H                                                |       |            |      |             |
| 15                                                                                                                                                                                                                  |                                                                 |       |            |      |             |
| 16                                                                                                                                                                                                                  |                                                                 |       |            |      |             |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                                 |       |            |      |             |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS,  
SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO  
EM MID DIA 23/2/20

| SINAIS VITAIS |        |    |    | DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-<br>RR 1964<br>RESIDENTE EM ORTOPEDIA E<br>TRAUMATOLOGIA |
|---------------|--------|----|----|------------------------------------------------------------------------------------|
| 8 H           | PA     | FC | FR |                                                                                    |
| 12 H          | 110/70 | 75 | 19 |                                                                                    |
| 18 H          |        |    |    |                                                                                    |
| 24 H          |        |    |    |                                                                                    |

UBS: An 12:00 a farmácia não disponibilizou o item 3 - 11 -  
11 -  
João de Souza Araújo  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-RR 000 461 072

VBS: Às 12:00 do dia 26/02/20, o paciente no leito medicado e CPm, sem intervenção segue aos cuidados da enfermagem.

*[Assinatura]*  
Analista de Enfermagem  
COREN-RR 000 451 072





## HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

### TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

Eu Jairme Ferreira Santos CPF nº \_\_\_\_\_

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguara justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguara;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmo que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 26 de Febrero de 2020.

Assinatura do paciente: Jairme Francisco Santos da Silva

Responsável:

1) Assinatura: [assinatura]

Nome \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s) / procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



111-2

**RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA**

DATA: 26/2/2021  
PACIENTE: Samuel F. Cardoso dos Santos DN: 30.440  
DIAGNÓSTICOS: fratura exposta de fêmur + fratura de tíbia

- 1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: \_\_\_\_\_
- 2- PACIENTE: ( ) ACAMADO ( ) DEAMBULA ( ) O2 SUPLEMENTAR
- 3- DIETA: ( ) VIA ORAL ( ) SNE ( ) OUTRA \_\_\_\_\_
- 4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? ( ) SIM ( ) NÃO  
( ) AGUARDANDO \_\_\_\_\_
- 5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? ( ) SIM ( ) NÃO  
( ) AGUARDANDO \_\_\_\_\_
- 6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? ( ) SIM ( ) NÃO  
( ) AGUARDANDO \_\_\_\_\_
- 7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? ( ) SIM ( ) NÃO  
( ) AGUARDANDO \_\_\_\_\_
- 8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: \_\_\_\_\_  
PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ SATO2: \_\_\_\_\_
- 9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

Ceftriaxona + Clindamicina

**10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:**

Acusando uma fratura  
para programação de impl.

Boa Vista 26 de fevereiro de 2021 Hora: \_\_\_\_\_

Dr. Augusto Chaves  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1964

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE, CRM \_\_\_\_\_  
Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para: CRM \_\_\_\_\_  
( ) HC ( ) HLI ( ) CMI ( ) OUTRO \_\_\_\_\_



LOTTY IRIS RAIOS-X  
JAIME F.C.DA SILVA,  
049Y Sexo: M Data: 08/04/2020 14:57  
Técnico: PAIVA

