

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ROGERIO SILVA MESQUITA**

Nº Sinistro: **3170410500**
Vitima: **ROGERIO SILVA MESQUITA**
Data do Acidente: **18/02/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170410500**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12310515



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2017

Carta nº: 11399730

A/C: ROGERIO SILVA MESQUITA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170410500 ASL-0287218/17

Vitima: ROGERIO SILVA MESQUITA

Data Acidente: 18/02/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Góes, 991 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)
Nota Fiscal / Conto de Energia Elétrica - Série 0-1
Regime Especial de Impostos autotaxado pelo SPFAC 265/13.

Para conferir com o
Eletrobras, informe
este NÚMERO



Nº da Nota Fiscal 000062893

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi cancelada
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2016	11/03/2016	113	57,40

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P. GALVAO 1832 2 BURITIS
CPF: 00038305151204
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021718

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 19597	Atual: 23/02/2016
Anterior: 19484	Anterior: 25/01/2016
Consumo de Multigeração: 1.000	Próxima Leitura: 23/03/2016
Consumo Medido: 113	Unidade: 23/02/2016
Consumo Fictício: 113	Apresentação: 23/02/2016

Forma de Pagamento: NORMAL

Fator de Potência:

Data de Exatidão: 29

Classe/Subclasse	Uso	Módulo Medidor	Posto	Código Fato	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	BT	2206908	N 1519448	1.1.1.2	279

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JAN/16 212	CONSUMO 113 A R\$ 0,361189 = 40,81
FEV/16 181	DEVOLUÇÃO RES. 395/09 01/15- 3,18
NOV/15 147	ILUMINAÇÃO PÚBLICA 19,77
OUT/15 337	
SET/15 215	
AGO/15 154	
JUL/15 259	
JUN/15 358	
MAI/15 373	
ABR/15 426	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
R\$ 113 - R\$ 2.297,00	

Mês/Ano	Valor R\$	Observações
01/2016	95,46	Unidade consumidora sujeita a cobrança do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/01/2016. O novo consumo se dará a partir da leitura e inclusão do ponto de medição na ESPEC. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este valor.

EM CASO DE SINTOMAS DA DENGUE, CHIKUNGUNYA OU ZIKA, DIRIJA-SE AO SUS. CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA, ELVY PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIGUE 08007034320 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCAL ASCA, AS7F, 49A6, 2E14, 4939, 8410, 7AE9, CB98

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS E DEDUÇÕES - R\$
Distribuição: 15,06	Base de Cálculo: 40,81
Energia: 15,51	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 6,93
Encargos: 2,19	Valor do PIS: 0,17
Tributos: 8,05	Valor do COFINS: 0,95

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9
Unidade	5,91	11,82	23,64	4,59	9,18	18,37	3,46		
Resíduo	3,27			1,00			3,27		

Consumo: FLORESTA Período de consumo: 12/2015 FUSO: 20,81

ROT: 5.001.12.04.021718



Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Góes, 991 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)

SEU CÓDIGO	108915-3	TOTAL A PAGAR - R\$	57,40
MÊS FATURADO	02/2016	VENCIMENTO	11/03/2016
Nº da Nota Fiscal	000062893	FCAM	

83610000000 6 57400000000 1 91530216008 9



26 JUL 2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rogério Silva MesquitaRG nº 7172293-9, data de expedição 23/04/93, Órgão SSP-MA

CPF nº 827.121.783-91, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Prof. M^o C. L. Carvalho</u>
Número	<u>nº: 84</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Senador H. Campos</u>
Cidade	<u>Bealusta</u>
Estado	<u>Roraima</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>(95) 99154-4282 / 98125-9538</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Bealusta-RR, 16/07/17

Assinatura do Declarante:

Rogério Silva Mesquita

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

Comprovação de ato declaratório



12-12-17

700727572		18/02/2017 15:02:31		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		28	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
ROGERIO SILVA MESQUITA		10/06/1972		44 A 8 M 8 D		708503353901472		82712778391	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo	
IDENTIDAD		71722939		SSP-MA		23/04/1993		M	
Mão		RAIMUNDA SILVA MESQUITA		Pai		VICENTE MACIEL MESQUITA		Contato	
Endereço		RUA - N-25 - 965 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR						(95) 99126-0161	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº de Carteira		Validade		Autorização	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA						Peso	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:		Pressão	
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTANEA				LUCAS.MAIA			
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					
Anamnese da Enfermagem				GSC TOTAL AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6					

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Pct relata acidente motociclistas a 100 km/h por ± 1m. Nega cefaleia, náuseas, vômitos ou perda de consciência. Refere dor em ombro e punho (E)

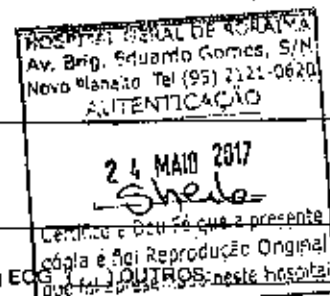
Exame Físico

Boa, suplexo, normoconado, orientado.

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG



PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

① Dipsirona 1g (B) dil

AO vers 15
Rh - 142/91
87

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revella☒ Transferência para: Ortopedia☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML

Dr. Kleber Reial
Carimbo e Assinatura do Médico
CRM-RR 1710

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: lucas.maia
Data Hora: 18/02/2017 15:03:00

Uso: 1
Uso: 2
Uso: 3
Uso: 4
Uso: 5
Uso: 6
Uso: 7
Uso: 8
Uso: 9
Uso: 10
Uso: 11
Uso: 12
Uso: 13
Uso: 14
Uso: 15
Uso: 16
Uso: 17
Uso: 18
Uso: 19
Uso: 20
Uso: 21
Uso: 22
Uso: 23
Uso: 24
Uso: 25
Uso: 26
Uso: 27
Uso: 28
Uso: 29
Uso: 30
Uso: 31
Uso: 32
Uso: 33
Uso: 34
Uso: 35
Uso: 36
Uso: 37
Uso: 38
Uso: 39
Uso: 40
Uso: 41
Uso: 42
Uso: 43
Uso: 44
Uso: 45
Uso: 46
Uso: 47
Uso: 48
Uso: 49
Uso: 50
Uso: 51
Uso: 52
Uso: 53
Uso: 54
Uso: 55
Uso: 56
Uso: 57
Uso: 58
Uso: 59
Uso: 60
Uso: 61
Uso: 62
Uso: 63
Uso: 64
Uso: 65
Uso: 66
Uso: 67
Uso: 68
Uso: 69
Uso: 70
Uso: 71
Uso: 72
Uso: 73
Uso: 74
Uso: 75
Uso: 76
Uso: 77
Uso: 78
Uso: 79
Uso: 80
Uso: 81
Uso: 82
Uso: 83
Uso: 84
Uso: 85
Uso: 86
Uso: 87
Uso: 88
Uso: 89
Uso: 90
Uso: 91
Uso: 92
Uso: 93
Uso: 94
Uso: 95
Uso: 96
Uso: 97
Uso: 98
Uso: 99
Uso: 100



1700727572

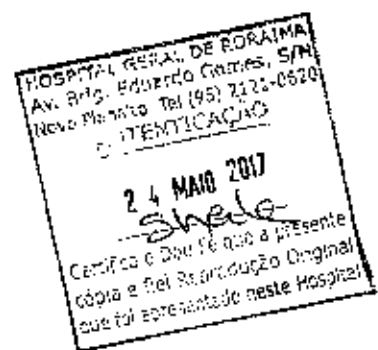
26 JUL 2017

Ortopedia Dr. Max - 18/02/2014

Existe uma fratura
do rádio distal.

Ex: Internação
Tala externa.

Dr. Wilfer Nello de Aguiar
Especialista em Ortopedia
traumatologia ROR
CRM-RR 1830





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Julian Inácio de Souza, portador(a) do

RG nº 114.807, expedido por SSP - RR, em

14/01/15, CPF/CNPJ nº 383.051.542-04,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Rogério

Silva mesquita do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Rogério Silva mesquita, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recluso Renda Mensal: R\$ Recluso

Documentos comprobatórios: Recluso

ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO

26 JUL 2017



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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE ROGERIO SILVA		
AGNÓSTICO FX DE RADIO DISTAL		
ALERGIAS	NEGA	HAS
IDADE	LEITO	DM2
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SUB
2	SFO,9% 500ML EV 12/12H	18:00
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	18:00
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	Conte
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA	7:00
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	7:00
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN	7:00
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	7:00
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	7:00
10	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
11	CURATIVO DIÁRIO	87
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
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		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
 Novo Funchal - Tel (06) 2121-0620
ATENTIFICAÇÃO
24 MAIO 2017
 SHele
 Conto e Dou Fé que a presente
 cópia é fiel reprodução Original
 que foi apresentado neste Hospital

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
 HIDRATADO.
 # SOLICITADO: PRE OPERATORIO
 # CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

10ml Coletado sangue para realização de
 exames encaminhado ao laboratório

Dr. Wlton de Jesus
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia HGR
 CRM-RR 1830

6 H	120x75		36%
12 H	140x79	70	38
18 H	130x60	-	36%
24 H	120x65	74	36%

Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

26 JUL 2017

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE: ROGERIO SILVA						
AGNÓSTICO: FX DE RADIO DISTAL						
ALERGIAS		NEGA	HAS	NEGA	DM2	
IDADE		LEITO	220-5	DATA	21/02/2017	
ITEM		PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO	
2	SF0,9% 500ML EV 12/12H				SUP	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				18h	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				18h	
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				CONTINUA	
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				06	
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				15h	
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
10	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA	
11	CURATIVO DIÁRIO				m	
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
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						

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

T. Wilber Pálha
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia HGR
 CRM 1830

6 H	124x84	36°C	84	
12 H	124x84	36°C	84	
18 H	124x84	36,8°C	95	18h
24 H				

Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

18-00h Põe repouso no leito consciente, verbalizando, feito a medição do itus 2-3-10 C.P.M. e sem medicação prescrita. Cuidado.



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO 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 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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 AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

26 JUL 2017

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408020407

5525
11799



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Lopes Silva, Mariana			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			S.N.D	
2	SF0,9% 500ML EV DE 8/8HS			L. J. P. M. P.	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			M. J. P. M. P.	
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H			20-08	
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA			(20)	
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H			S.N.	
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN			S.N.	
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			S.N.	
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H			N.T.F. (22-06-15)	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			S.N.	
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			S.N.	
13	CURATIVO DIARIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	P.V.F.				
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + PLANTONISTA			24 MAIO 2017	

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Eng. Manoel Gomes, 571
FONE (95) 2121-0020
A. J. P. M. P.
24 MAIO 2017
Dr. Rodrigo A. Melo
Residência em Ortopedia e Traumatologia
FONE (95) 2121-0020

EVOLUÇÃO MÉDICA:					

NIR
Regulado
para leito
220-5
Regulação Interna

Dr. Rodrigo A. Melo
Residência em Ortopedia e Traumatologia
FONE (95) 2121-0020

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

6 H			
12 H			
18 H	114/51	85	
24 H	140/85	80	



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"



com data de 21/02/17 às 08:30h

21/02/17
PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

NOME: Rogério Silva Mesquita

IDADE: REGISTRO:

BLOCO: B. ENFERMARIA: LEITO: 220-5

UTI: EMERGÊNCIA:

DE:

Ortopedia

PARA:

cardiologia

Dados Clínicos:

Doente com trauma
do membro superior

21/02/17

Data

Dr. Wilton Silva R. Pinheiro
Residência Ortopedia
Traumatologia HGR
CRM-RR 1830

Médico

Exame físico =

paciente com DM
do 1º e 2º membros
f.c. = 98 batidas
respir. 20

exame de n.º dos membros do
membros superiores

21/02/18

Data

26 JUL 2017

Médico

Atmo cirurgia ASA I



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Rogério Mesquita Silva</i>					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
		<i>220-5</i>		<i>22/02/17</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>manhã</i>
2	SF0,9% 500ML EV DE 8/8HS				<i>22-06-14</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				<i>18-24-06-12°</i>
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				<i>NT</i>
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA				<i>06-12-18-24</i>
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H				<i>NT</i>
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				<i>NT</i>
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>NT</i>
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H				<i>NT</i>
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>NT</i>
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				<i>NT</i>
13	CURATIVO DIÁRIO				<i>NT</i>
14	SSV + CCGG 6/6 H				<i>NT</i>
15					<i>NT</i>
16	<i>Captopril 50mg (vo) agora</i>				<i>NT</i>
17	<i>Nifedipina 20mg</i>				<i>NT</i>
18	<i>Propofol 40mg</i>				<i>NT</i>
19					<i>NT</i>
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				<i>NT</i>

EVOLUÇÃO MÉDICA:					

*OBS- 22:15h - PA = 170 x 110 mmHg - *Rogério**

	PA	P	R	T
6 H	130/80	80		36°
12 H				
18 H				
24 H	130/80	89		

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

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

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HGR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HGR

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Rogério Silva Mesquita

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71018151013131513191011141712

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/06/72

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Rexemendes Silva Mesquita

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

R. N25, 965, Sem. Helió campos

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - Cód. IGGE MUNICÍPIO

R.R.

15 - UF

R.R.

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ex. Bortom

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**

Tb

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

Ref. exames e ex. físicos.

Rogério Leonardo de Paula Dias
Médico - Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1208**20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO**

Ex. Bortom

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIAS ASSOCIAVAS

Rogério Leonardo de Paula Dias
Médico - Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1208**24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**

Ortopedia de fixação distal

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Rogério / Dr. Tolson

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

22/02/12

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

26 JUL 2017

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 22/02/17 O.S. _____

Rogério Silva Mesquita

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx Barton

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Pro ar fx w radio distal

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr Rogério

1º AUXILIAR: Dr Delson

2º AUXILIAR: Rogério Leonardo da Paula Dias

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: Médico - Ortopedia e Traumatologia

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: CRM/R 1205

ANESTÉSICO: _____

Dr Delson Denilson da Silva Feitosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM/R 1176

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em 30H sob plano anestésico.
- 2) Anestesia + antiespasmódico.
- 3) Incisão de Henry
- 4) Desbridamento por planos
- 5) Redução do fratura.
- 6) Fixação c/ placa volar com T.A. e/ ouxílos de intensificação de imagem.
- 7) SMC ecodistal
- 8) Sutura por planos.
- 9) Curativo
- 10) 2 PA.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Elctive

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

440

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Rogério Silva Mesquita		220-5		22 / 2 / 17	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Hº de Fratura de Bursopio pulso G		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		18:00	18:43		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:			
Drº Carlos / Drº Rogério		Drº Bruno			
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:			
Drº Bruno		Drº Fabiano			
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
Drº Rodrigo					
TIPO DE ANESTESIA: Geral		CIRCULANTE			
		Drº Louder			
		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
7	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		7	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICKRYL Nº 3.0	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 4.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
1	DRENO DE PENROSE Nº	cateter de 10cm		FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		1	URGICEL	
5	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
1	Estetoscópio		1	OUTROS: Povidine Descontaminante	2.50
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
	Ana Krata / Bruna	SUB- TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

26 JUL 2017

හෙයින් රිච් 440.

$$A \otimes A \cong \{I, A\}$$
[illegible]

STUDY THRU O.C. FIND
MEDICAL
CRIMINALS



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Rogério Silva Mesquita
Cirurgião Responsável: Dr. Diogenes
Dr. Da Silva

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

(X) PACIENTE CONFIRMOU

- Identidade
- Sítio Cirúrgico
- Procedimento
- Consentimento

(V) RISCO CIRÚRGICO

- Aplica
- Não se Aplica

(X) SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA

(X) VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

(X) OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- (X) Não
- () Sim

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- (X) Não
- () Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- (X) Não
- () Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura e Carimbo
Data: 22/07 Hora: 17

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: Dr. Bruno Tinoco + R. Fábio

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

() CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO

(X) 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

(X) 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.

- (X) Sim
- () Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- (X) 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

(X) O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

(X) SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)

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

() SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM

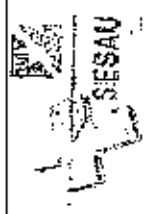
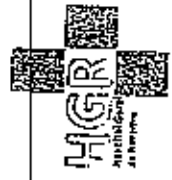
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

Assinatura e Carimbo

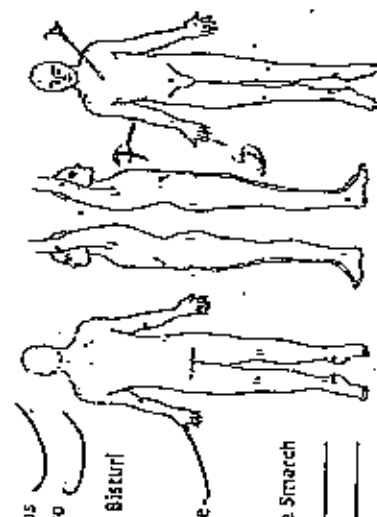
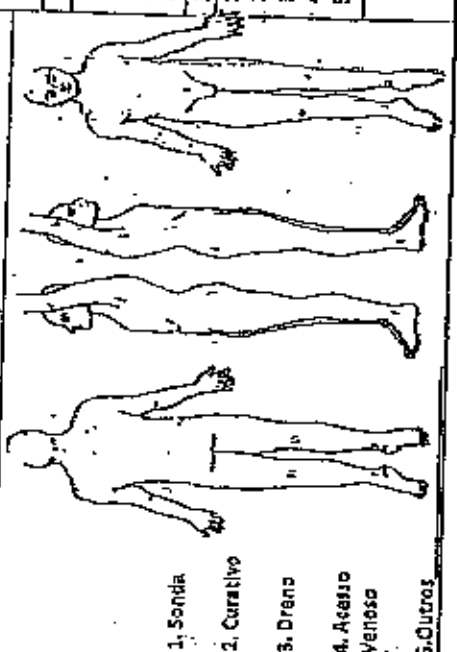
SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Rogério Silva Mesquita

110 Fratura de braço direito



DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				TRANSOPERATÓRIO				SRPA						
Data: 22.09.17		Reg. Idade:		Entrada na Sala	Início Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	Sinais Vitais			
											T	P	PA	SPQ2
Chegada:				Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento					1h			
1. Informações:				Hidratação	Infundida	Terapia	Hemoderivados				15'			
2. Estado Emocional/ Mental				Fluxo Frato de fratura direita							30'			
3. Sinais Vitais:				Sa 0.9% (100ml)							45'			
4. Condições da Pele:				Sa 10%:							2h			
5. Exames na S.O. (X) Rt (4Hb) () Hemograma () Rolo X				Otros:							3h			
6. Sinais Vitais:				Nº de compressas oferecidas: 3							1h			
7. Sinais Vitais:				Mº de compressas recolhidas: 3							2h			
8. Sinais Vitais:				Sinais Vitais:							3h			
9. Sinais Vitais:				T: 36.4 °C							1h			
10. Sinais Vitais:				SA: 100%							2h			
11. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg							3h			
12. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm							4h			
13. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg							5h			
14. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
15. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
16. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
17. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
18. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
19. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
20. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
21. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
22. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
23. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
24. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
25. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
26. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
27. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
28. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
29. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
30. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
31. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
32. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
33. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
34. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
35. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
36. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
37. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
38. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
39. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
40. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
41. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
42. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
43. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
44. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
45. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
46. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
47. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
48. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
49. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
50. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
51. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
52. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
53. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
54. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
55. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
56. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
57. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
58. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
59. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
60. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
61. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
62. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
63. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
64. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
65. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
66. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
67. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
68. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
69. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
70. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
71. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
72. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
73. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
74. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
75. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
76. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
77. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
78. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
79. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
80. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
81. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
82. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
83. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
84. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
85. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
86. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
87. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
88. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
89. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
90. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
91. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
92. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
93. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
94. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
95. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
96. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
97. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
98. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										
99. Sinais Vitais:				PA: 120/80 mmHg										
100. Sinais Vitais:				FC: 100 bpm										





GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA NEURO CIRURGIA

Tipo Cirurgia:

Hº de Fratura de Luxação punho Esquerdo

Data: 22/02/17

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Rafael Silva Musquiza Idade: _____

Bloco: 220 Enfermaria: _____ Leito: 05

Caixa: Pequenos Fragmentos Nº: 305

Circulante: boas Sala: 05

Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

Ponteiro Pontual Nº 10 1
II II Nº 20 1

Placa 5 Crispeira 1

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

Dr. Rodrigo A. Melo
Residente de Ortopedia
& Traumatologia
CRM-RR 1828

26 JUL 2017



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE ROGERIO SILVA					
AGNÓSTICO FX DE RADIO DISTAL					
ALERGIAS		NEGA	HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	220-5	DATA	22/02/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE, APÓS RPA				SAD
2	SF0,9% 500ML EV 12/12H				18-06
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				6/12/18 2406
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				10
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				06
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				35N
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				KOTINA
11	CURATIVO DIÁRIO				m
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
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					

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

Residente de Ortopedia e
Traumatologia HGR
1830

6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

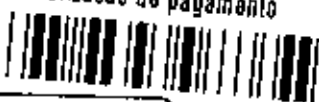
Residente de Ortopedia e
Traumatologia



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Rogério Silva Mesquita
 PORTADOR(A) DO RG Nº 7172 293-9 EXPEDIDO POR SSP-MA EM 23/04/193 E
 CPF 827121789-91 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Autônomo
 E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rogério Silva Mesquita, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABaixo PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro-empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Conta Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Bom Jesus RR, 16 de julho de 2017
 LOCAL E DATA

Rogério Silva Mesquita
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodobrasil.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

26 JUL 2017

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

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE Ocorrência Nº 170/2017 - Boa Vista-RR, em 12/04/2017.

COMUNICANTE: ROGÉRIO SILVA MESQUITA

RG: 7172.293-9

ÓRGÃO . EXP.: SSP/MA

CPF.: 827.127.783-91

END.: R.: PROF. MARIA DO C L CARVALHO (ANTIGA N-5) Nº 84 BAIRRO: SEM. HÉLIO CAMPOS

CIDADE: BOA VISTA-RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS

NATURALIDADE: PINDARÉ MIRIM

ESTADO: MA

DATA DE NASCIMENTO: 10/06/1972 IDADE: 44 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: ENS. FUND. COMP.

ESTADO CIVIL: CASADO

TELEFONE: 99141-3795 Nº REG. CNH:

NOME DO PAI: VICENTE MACIEL MESQUITA

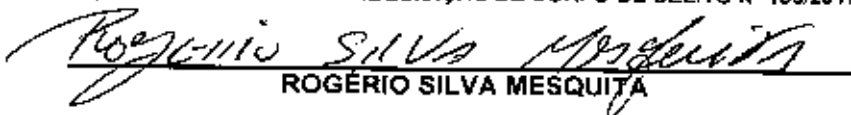
NOME DA MÃE: RAIMUNDA SILVA MESQUITA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 12:00 horas, do dia 18/02/2017, na Rua Felipe Xaud, Bairro Asa Branca, próximo à Avenida São Sebastião.

O comunicante que não é habilitado compareceu nesta Delegacia, para informar que conforme data, horário e local, quando transitava no VEÍCULO MOTOCICLETA/CG 125 ES, DE PLACA NAM-9332, COR VERMELHA, CHASSI 9C2JC4120AR053885 E CÓDIGO RENAVAM 00197409725, DE SUA PROPRIEDADE, quando transitava pela Rua Felipe Xaud (PREFERENCIAL), foi colidido por um carro (NÃO SABE INFORMAR MARCA/MODELO; PLACA NEM O NOME DA CONDUTORA), vindo a cair e sofrer lesões (ARRANHÕES E FRATURA NO PUNHO ESQUERDO). Que no momento do acidente, a condutora do carro assumiu a culpa pelo acidente, se comprometendo a ajudá-lo em sua recuperação e nos danos materiais, lhe fornecendo o número do telefone (NÃO SABE MAIS INFORMAR QUAL), onde o comunicante tentou contato e nunca foi atendido pela mesma. Que no local não teve atendimento de nenhum órgão de segurança e nem da equipe de resgate, sendo o comunicante socorrido por populares em veículo particular. QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. Que esse registro é para fins de seguro DPVAT. É o registro.

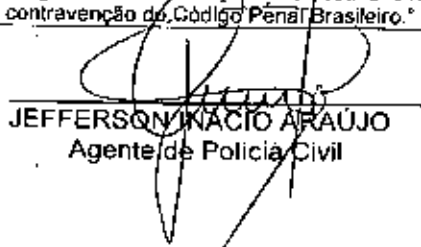
NATUREZA DA Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA.

OBSERVAÇÃO: CONFECCIONADA REQUISICÃO DE CORPO DE DELITO Nº 188/2017/DAT;


ROGÉRIO SILVA MESQUITA

Comunicante

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


JEFFERSON INÁCIO ARAÚJO
Agente de Polícia Civil

26 JUL 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Rogério Silva Mesquita, portador da carteira de
identidade nº 7172 293-9 e inscrito no CPF/MF sob o nº 827.121.783-91
residente e domiciliado na R. Prof. M^{te} do C. L. Canzullo, 84, Sem. Helio Campos
Cidade Beaulista Estado Roraima, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de
prova do Seguro DPVAT; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo
superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de
invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração
permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico
Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a
correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº
6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia
concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu
conteúdo.

Rogério Silva Mesquita
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Beaulista - RR, 16 de julho de 2017.

Local e data

26 JUL 2017

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2017

Carta nº: 11411461

A/C: ROGERIO SILVA MESQUITA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170410500 ASL-0287218/17

Vitima: ROGERIO SILVA MESQUITA

Data Acidente: 18/02/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **26/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **18/02/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Comprovante de residência faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

