

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:
2983486120210219174547

Processo 0802358-24.2021.8.23.0010 ☆ - (17 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

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
9	19/02/2021 17:45:47	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
9.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2784780CONTESTACAO01.pdf Público
9.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2784780CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
9.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf Público
8	15/02/2021 00:00:43	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de ROGERIO SILVA MESQUITA) em 18/02/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (02/02 /2021) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ
7	03/02/2021 10:46:41	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de ROGERIO SILVA MESQUITA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (02/02/2021)	VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA Analista Judiciário
6	02/02/2021 21:15:28	CONCEDIDO O PEDIDO	JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado
5	02/02/2021 11:16:13	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	02/02/2021 11:16:13	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	02/02/2021 11:16:13	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	02/02/2021 11:16:13	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 4ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
1	02/02/2021 11:16:13	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim Dos Santos Advogado



Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ROGERIO SILVA MESQUITA**

Nº Sinistro: **3170410500**
Vítima: **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

Vítima: 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



Comprovante de residencia

**Eletrobras**
Distribuição Roraima

Para conferir com o
Eletrobras informe
este NÚMERO



Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capão Eng. Góes, 591 - Centro - Boa Vista - RR
Cep: 69.001-441 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)
Nº de Fone: 113 (Código de Área: 65) - Selo 9.1
Tributação especial de Imposto de Renda sob o nº 24.007.022-3

1º de Fone Fixo: 000082893
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

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

ILDIR 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		DATAS DA LEITURA	
Atual	19597	Atual	23/02/2016
Anterior	19484	Anterior	25/01/2016
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	23/03/2016
Consumo Medido	113	Limite	23/02/2016
Consumo Fatorado	113	Adesão	23/02/2016

Forma de Pagamento: NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo/Subgrupo	Uso	Número Medidor	Posto	Código Fato	Mês de Consumo
RESIDENCIAL	BT	2206908	N 1519443	1.1.1.2	279

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CORTA	
Mês/ano consumo	CONSUMO	113 A R\$ 0,361189 =	40,81
JAN/16	212	DEVOLUÇÃO RES. 395/09 01/15-	3,18
FEV/16	151	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	19,77
MAI/16	147		
JUN/16	337		
JUL/16	215		
AGO/16	154		
SET/16	259		
OCT/16	358		
NOV/16	373		
DEZ/16	426		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 113 - R\$ 2.267,00

MENSAGENS IMPORTANTES / RELEVOS DE VENCIMENTO

Mês/ano Valor R\$ 01/2016 95,46

Unidade consumidora sujeita a cobrança de fornecimento de energia elétrica a partir de 01/01/2016. O novo consumo se dará mediante leitura e inclusão do mês de distribuição de energia. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

EM CASO DE SINTOMAS DE DENGUE, CHIKUNGUNYA OU ZIKA, DIRIJA-SE AO SUS. CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA, (LBY) PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIGUE 08007031420 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO ASCA, A57F, 49A6, 1E14, 4939, 8410, 7AE9, CB98

COMPOSIÇÃO DA CORTA - R\$		IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES - 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							
	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador
	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador
Unidade	5,91	11,82	23,64	4,59	9,18	18,37	3,46
Deficiência	3,27			1,00			3,27

Consumo: FLORESTA

ROT: 5.001.12.04.021718

**Eletrobras**
Distribuição Roraima

Ovirobras Distribuição Roraima
Av. Capão Eng. Góes, 591 - Centro - Boa Vista - RR
Cep: 69.001-441 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)

1º de Fone Fixo: 000082893

SEU CONSUMO: 108915-3

MÊS FATURADO: 02/2016

TOTAL A PAGAR - R\$: 57,40

VENCIMENTO: 11/03/2016

836100000000 6 574000760000 000000000000 1 915302160008 9

26 JUL 2017

Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rogério Silva Mesquita

RG nº 7172293-9, data de expedição 23/04/93, Órgão SSP-MA

CPF nº 527.121.783-91, 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>Beaulista</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: Beaulista-RR, 16/07/17

Assinatura do Declarante:

Rogério Silva Mesquita

26 JUL 2017

18/02/2017

... Guia de Atendimento 02 ...

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
Wibe

700727572	18/02/2017 15:02:31	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	28
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
ROGERIO SILVA MESQUITA	10/06/1972	44 A 8 M 8 D	708503353901472	82712778391	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	71722939	SSP-MA	23/04/1993	M	CASADO(A)
Mãe	Pai	Raça/Cor	Naturalidade	Contato	Ocupação
RAIMUNDA SILVA MESQUITA	VICENTE MACIEL MESQUITA	PARDA	PINDARE MIRIM - MA	(95) 99126-0161	SERVENTE
Endereço					
RUA - N-25 - 965 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR					
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Solter	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA		LUCAS.MAIA		
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue				
Dor em ombro E e punho E					
Anamnese da Enfermagem	GSC		TOTAL		
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

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

Exame Físico

Deb, supnais, normocrado, orientado

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ EC

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

① Duplona 1g (B) dil

Do ver
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 Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

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

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



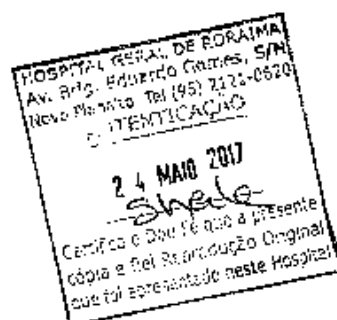
26 JUL 2017

Ortopedia Dr. Max - 18/02/2014

Paciente com fratura
do rádio distal.

Re: Suferença
tala externa.

Dr. Wilton Mello de Aguiar
Especialista em Ortopedia
e Traumatologia (ROR)
CRM-RR 1830



Declaração Circular SUSEP 445/12



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 Ilson Inácio de Souza, portador(a) do

RG nº 114.807, expedido por SSP - RR, em

14/01/15, CPF/CNPJ nº 383.051.512-04,

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: Recusa Renda Mensal: R\$ Recusa

Documentos comprobatórios: Recusa

ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO

26 JUL 2017

Documentação médica - hospital



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	NEGA
IDADE		LEITO	220-5	DATA	20/02/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SUB
2	SF0,9% 500ML EV 12/12H				18:00
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				15:18 24.06
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				Conte
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				9:00
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				9:00
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				9:00
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				9:00
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				9:00
10	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
11	CURATIVO DIÁRIO				BT
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. Brasil, Eduardo Gomes, 5/N
Nova Fátima Tel (065) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
24 MAIO 2017
<i>Shale</i>
Controle 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

*100% Balizado para que possa realizar o
exame encaminhado ao laboratório*

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

Residente de Ortopedia e
Traumatologia

26 JUL 2017

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

6 H	120x84	36°C	84	
12 H	124x84	36°C	84	
18 H	152x84	36,8°C	95	120x84
24 H				

Residente de Ortopédia e Traumatologia

Dr. Wilber Palma
Residente de Ortopédia e Traumatologia HGR
CRM 1830

18-00h Pcte repousa no leito consciente, verbalizando, hils a medicação dos seus 2-3-10 C-P-V. E sem nenhuma queixa. 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 (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO			
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
36 - CNPJ DA SEGURADORA			
37 - Nº DO VILHETE			
38 - SÉRIE			
39 - CNPJ EMPRESA			
40 - CNAE DA EMPRESA			
41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA							
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		Lopes Silva, Ana Carolina					
DIAGNÓSTICO							
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		DATA			
ITEM		PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					S.N.	
2	SF0.9% 500ML EV DE 8/8HS					S.N.	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H					S.N.	
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					S.N.	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					NTE (20-06-15)	
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					S.N.	
13	CURATIVO DIÁRIO						
14	SSVV + CCGG 6/6 H						
15	NUT						
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	
NIR Regulado para leito 220-5 Regulação Interna							
Dr. Rodrigo A. Melo Residência em Ortopedia e Traumatologia 19/02/2021							
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.							
6 H							
12 H							
18 H	14/05	87					
24 H	14/05	80					





ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"



com assinatura
de 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: traumatologia

Dados Clínicos:

Doente necessita
de uma cirurgia

21/02/2017
Data

Dr. Wilton Silva R. Pinheiro
Residente de Ortopedia e
Traumatologia HGR
CRM-RR 1830

Médico

Pr. afecção =

lesão M.O. e D.M.
de 1º e 2º graus / 1º
f.c. = 98 latidos
per. 27

caso de risco de fratura de
mandíbula

21/02/17
Data

26 JUL 2017

Médico

fratura simples da I

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																												
PRESCRIÇÃO MÉDICA																														
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN																										
PACIENTE	Rogério Mesquita Silva																													
DIAGNÓSTICO																														
ALERGIAS																														
IDADE		HAS		DM2																										
ITEM		LEITO	220-5	DATA	22/02/17																									
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO																									
1	DIETA ORAL LIVRE				manhã																									
2	SF0,9% 500ML EV DE 8/8HS				22-06-14																									
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				18-24-06-12°																									
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				22-06-14																									
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA				22-06-14																									
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H				22-06-14																									
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				22-06-14																									
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				22-06-14																									
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H				22-06-14																									
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				22-06-14																									
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				22-06-14																									
13	CURATIVO DIÁRIO				22-06-14																									
14	SSVV + CCGG 6/6 H				22-06-14																									
15					22-06-14																									
16	Captomid 50mg (vo) aqora				22-06-14																									
17	Nifedipina 20mg				22-06-14																									
18	Drospirenona 40mg				22-06-14																									
19					22-06-14																									
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				22-06-14																									
EVOLUÇÃO MÉDICA:																														
OBS- 22:15h - PA = 170 x 110 mmHg - 120°																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PA</th> <th>P</th> <th>R</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td>130/80</td> <td>80</td> <td></td> <td>36°</td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>130/80</td> <td>89</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							PA	P	R	T	6 H	130/80	80		36°	12 H					18 H					24 H	130/80	89		
	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.																														

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
HGR	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	4 - CNES
HGR	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		5. N.º DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE Rogério Silva Mesquita			
7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 71018151613131513191011141712		8 - DATA DE NASCIMENTO 10/06/72	
9 - SEXO M			
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL Roxane Maria Silva Mesquita		11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) R. N.º 5, 965, Sem. Helder Campos			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Bom Jesus		14 - Cód. IGGE MUNICIPAL	
		15 - UF R. R.	
		16 - CEP	

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
Ex Barton	

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
TO 212	212
19 - PRINCÍPIOS QUE ORIENTAM O TRABALHO	

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

Ref nome e ex. físico.

Rogério Leonardo de Paula Dias
Médico - Ortopedia e
Traumatologia
CAMARA 1208

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fx Barton

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO E CID 10 DE DOENÇAS ASSOCIADAS

21 - S80.0
22 - S80.0

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Osteomielite de fêmur distal.					
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - Nº DOCUMENTO (CHS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
		() CHS () CPF			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
Dr. Rogério / Dr. Edson		22/02/12			

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 - CBOR
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADORA ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO			

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		AUTORIZAÇÃO		44 - Cód. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
() CNS	() CPF				
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

 26 JUL 2017



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO	
Data: <u>22/02/17</u>	O.S. _____

Rogério Silva Mesquita

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx Barton

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: 1to crx fx br radio distal

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: <u>Dr Rogério</u>	1º AUXILIAR: <u>Dr Delson</u>
2º AUXILIAR: <u>Rogério Leonardo de Paula Dias</u>	INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: <u>Médico - Ortopedia e Traumatologia</u>	ANESTESIA: <u>Dr Delson Dantas da Silva Feitosa</u>
ANESTESISTAS: <u>CRM/RR 1205</u>	ANESTÉSICO: <u>topedia Traumatologia CRM RR 1175</u>
INÍCIO: _____	FIM: _____
DURAÇÃO: _____	

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DDH sob plano anteroposterior.
- 2) Anestesia e antiespasm.
- 3) Incisão de Henry
- 4) Dissecção por planos
- 5) Redução do fratura.
- 6) Fixação c/ placa volar em T. e/ ouxilio de intensificador de imagem.
- 7) Sutura do tecido
- 8) Sutura por planos.
- 9) Curativo
- 10) 2 PA.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Elitio

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

440

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO		DATA
Rogério Silva Mesquita		220-5			22/02/17
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
1º de Fratura de bursite punho G		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		18:00	18:43		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		Dra. Bruno	
Dra. Cássia / Dr. Rogério		RES. ANESTESIA:		Dr. Falcão	
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
Dra. Bruno					
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
Dra. Rodrigo		Dr. Lourenço			
TIPO DE ANESTESIA: Geral		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
7	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		7	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500
2	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL 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	de 10cm		FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
	Estetoscópio		1	OUTROS: Drogas, Drenagem	1200
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 / Roraima		SUB- TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA	
				TAXA DE ANESTESIA	
				SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

26 JUL 2017



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amor e Paz à Pátria dos Brasileiros"

UNIDADE

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: JOAO ALVES BARBOSA FILHO **Assinatura:** (Assinatura) **Nº:** 11.419/2006

PRÉ-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - HORA - EFEITO

AGENTES	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
GA												
LA												
ANES												
OP												
D												
TEMP												
ASPIR												
A												
RESP												
O												
Expirat												
Aspirat												
Contro												

SAÍDA DO SANGUE

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	100mg	100mg	100mg
B	100mg	100mg	100mg
C	100mg	100mg	100mg
D	100mg	100mg	100mg
E	100mg	100mg	100mg
F	100mg	100mg	100mg
G	100mg	100mg	100mg
GLUCOSE	100mg	100mg	100mg
ADDO	100mg	100mg	100mg
SANGUE	100mg	100mg	100mg
TOTAL	100mg	100mg	100mg
OPERACAO			
ANESTESIA			
CÓDIGO			
CIRURGAO			
PERDA SANGUINEA			

ANOTAÇÕES:

1. 100mg

2. 100mg

3. 100mg

4. 100mg

5. 100mg

6. 100mg

7. 100mg

8. 100mg

9. 100mg

10. 100mg

11. 100mg

12. 100mg

13. 100mg

14. 100mg

15. 100mg

16. 100mg

17. 100mg

18. 100mg

19. 100mg

20. 100mg

21. 100mg

22. 100mg

23. 100mg

24. 100mg

25. 100mg

26. 100mg

27. 100mg

28. 100mg

29. 100mg

30. 100mg

31. 100mg

32. 100mg

33. 100mg

34. 100mg

35. 100mg

36. 100mg

37. 100mg

38. 100mg

39. 100mg

40. 100mg

41. 100mg

42. 100mg

43. 100mg

44. 100mg

45. 100mg

46. 100mg

47. 100mg

48. 100mg

49. 100mg

50. 100mg

51. 100mg

52. 100mg

53. 100mg

54. 100mg

55. 100mg

56. 100mg

57. 100mg

58. 100mg

59. 100mg

60. 100mg

61. 100mg

62. 100mg

63. 100mg

64. 100mg

65. 100mg

66. 100mg

67. 100mg

68. 100mg

69. 100mg

70. 100mg

71. 100mg

72. 100mg

73. 100mg

74. 100mg

75. 100mg

76. 100mg

77. 100mg

78. 100mg

79. 100mg

80. 100mg

81. 100mg

82. 100mg

83. 100mg

84. 100mg

85. 100mg

86. 100mg

87. 100mg

88. 100mg

89. 100mg

90. 100mg

91. 100mg

92. 100mg

93. 100mg

94. 100mg

95. 100mg

96. 100mg

97. 100mg

98. 100mg

99. 100mg

100. 100mg



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Roberto Silva Mesquita
Cirurgião Responsável: Dr. Roberto

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

Hora:

26 JUL 2007

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: Dr. Bruno Tinguê + R. Fabio

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 MOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

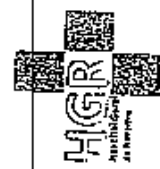
() SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

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

PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

Assinatura e Carimbo

100



SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Rogério Silva Mesquita

1º Fratura de tornozelo punho e

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 22.09.17

Reg. Idade:

Chegada:

() Fêmea () U.T.I. 1

() Internação () U.T.I. 2

() Outros:

Cirurgia Proposta:

1. Informações:

() Jejum () Pré-anestésico

() Jolast () Intracath

() Banho () Sanguine

() Alegria () Cardiopata

() Exames () Assintótico

() Outros:

2. Estado Emocional/ Mental

() Choro () Sonolento

() Agitado () Calmo

() Outros:

3. Sinais Vitais:

T °C P bpm

FC mmHg

SA/T % rpm

() Regular () Irregular

4. Condições da Pele:

() Macia () Ferimento

() FAF () Queimado

() Dor () Hematoma

() Frio () Contusão

() Edema () Deformidade

() Amarelado () Amputação

() Mordida () Fer. Exposto

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala: 18:00 Início Cirurgia: 18:00 Término Cirurgia: 19:20 Saída S.O.:

Cirurgia Realizada: Fratura de tornozelo punho e

Anestesia: Regional

Posicionamento: Decúbito dorsal

Hemoderivados:

SI a 0,5% () CN:

SI a 10% () Plasmaz:

Outros:

Nº de compressas oferecidas: 5

Nº de compressas recolhidas: 5

Sinais Vitais:

T °C P bpm

SA/T % rpm

() Regular () Irregular

FC bpm PA mmHg

Exames na S.O.: () Rt () Hb () Hemograma () Rolo X

() Outros:

Legenda:

1. Eletrodos

2. Oxímetro

3. R/C

4. Faca de Bisturi

5. Injeção

6. Cateter

7. Vendolise

8. Q.teno

9. SNG

10. Faixa de Smarch

11. Luvas:

Sinais Vitais

T P PA SPO2

1'h 15' 30' 45'

2'h 30' 1h 1h30 2h

3'h 1h 2h 3h 4h 5h

Localização

1. Sonda

2. Curativo

3. Dreno

4. Acesso Venoso

5. Outros

Balanco Hídrico

Entradas

EV HV CK

SNG

Dreno

Diurese

SNG

Outros

Saídas

Entrada:

Saída:

Ass:

Defina: SRPA () UTI () Outros:

Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COOPENURE - AM/ 2005 e adaptado pelas Enfermeiras UENB



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: Ruyrio Silva Musquita Idade: _____

Bloco: 220 Enfermaria: _____ Leito: 05

Caixa: 1 Pequenos Fragmentos Nº 305

Circulante: doentes Sala 05

Conferencia. Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

Donafumo lenticul Nº 40 1

" " Nº 20 1

Placa 5 Orificios 1

Médico Responsável

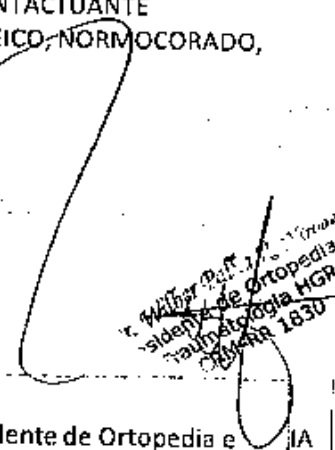
1º Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º Via - CME

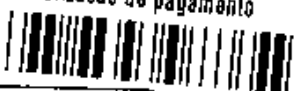
Dr. Rodrigo A. Nêto
Residente de Ortopedia
e Traumatologia
CRM-RR 1826

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	NEGA
IDADE		LEITO	220-5	DATA	22/02/2017
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE, APÓS RPA				SND
2	SF0,9% 500ML EV 12/12H				18-06
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				6/12/18-24/06
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				10
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				06
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				3/5N
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				
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					
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					
 Residente de Ortopedia e Traumatologia					IA



 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 283-9 EXPEDIDO POR SSP-MA EM 23/04/193 E
CPF 827121789-01 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Auxiliar
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.

Rogério Silva Mesquita 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.dpvatsegurosdoas.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

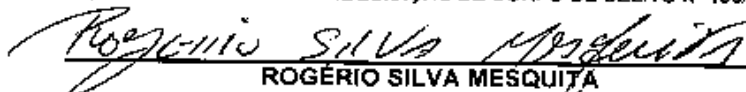
NOME DA MÃE: RAIMUNDA SILVA MESQUITA

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 RENAVAL 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.

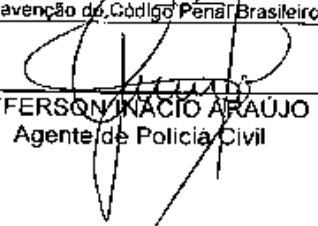
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA.

OBSERVAÇÃO: CONFECCIONADA REQUISIÇÃO 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 NÁCIO 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

Vítima: 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 LIDER 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

Pag. 00921/00922 - carta_03

