

2



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, Angelina Cecilia da Silva PROFISSÃO: Doméstica
ESTADO CIVIL: Casada, FONE: _____
E-MAIL: angelinaceci@gmail.com RG: 3892387
SSP- RR e CPF: 539.034.802-82, RESIDENTE À
RUA: José Cassemiro da Silva N° 3061,
BAIRRO: Senador Helio Campos pelo presente instrumento procuratório,
nomeia e constitui, como seu procurador, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 11 de 02 de 2019.

Angelina Cecilia da Silva

Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR

Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 98406-9617

E-mail: adv.abhner@hotmail.com **Website:** <http://www.abhneradvcon.com.br>

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: Angelina Cecília da Silva
ESTADO CIVIL: Casada PROFISSÃO: Doméstica
RG N° 3892387 SSP/ RR CPF: 539.034.802-82
ENDEREÇO: Rua José Cassimiro da Silva
nº: 3061, Senador M. Campos

declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, ____ de fevereiro de 2019.

Angelina Cecília da Silva



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 070595

Série 00001-RR



Angélica Cecília da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Angélica Cecília da Silva
Loc. Nasc. Caracás Est. RR Data 31/07/92
Filiação Vitorino da Silva
Angélica da Silva
Doc. Nº CN N° 6380 FIS 190V LV - A9

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão 08/12/08 Odimar Pereira

Mat. 077983

Assinatura do Funcionário

12

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
CNPJ/MF
Rua Nº
Município Est.
Esp. do Estabelecimento
Cargo
CBO nº
Data admissão de de
Registro nº Fls. /Ficha
Remuneração especificada
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1ª 2ª
Data saída de de
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1ª 2ª
Com. Dispensa CD Nº

13

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
CNPJ/MF
Rua Nº
Município Est.
Esp. do Estabelecimento
Cargo
CBO nº
Data admissão de de
Registro nº Fls. /Ficha
Remuneração especificada
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1ª 2ª
Data saída de de
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1ª 2ª
Com. Dispensa CD Nº

REGISTRO
GERAL

389238-7

DATA DE
EXPEDIÇÃO

22/08/2018

NOME

ANGELINA CECILIA DA SILVA

FILIAÇÃO

MARIO JOVENTINO DA SILVA

ANA CECILIA DA SILVA

NATURALIDADE

CAROEBE - RR

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 0078 FLS 78 LIV B-01

MUCAJAI - RR

CPF

539.034.802-82

2ª VIA

DATA DE NASCIMENTO

31/07/1992

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópico da Polícia Civil
Diretor do IROC

P7

PROIBIDO PLASTIFICAR



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Teon Inácio de Sá inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Angelina Cecilia da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 539.034.802 / 82 do sinistro de DPVAT cobertura Travélics da Vítima Angelina Cecilia da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 539.034.802 / 82 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Antônio Pinheiro Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Buritis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>elcios@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95)98125-9538</u>

Boa Vista, 04 de Janeiro de 2019

Local e Data

Assinatura do Declarante

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Angelina Cecília da Silva
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Do lar
IDENTIDADE:	389238-7 SSP-RR
ENDEREÇO:	R. José Casimiro de Silva

OUTORGADO

NOME:	Leon Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	R. Antonio P. Galvão 1832

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



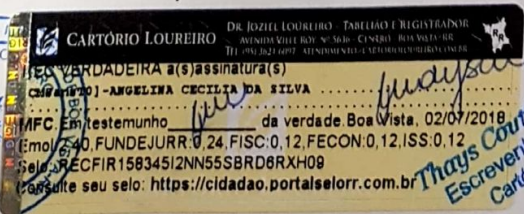
Boa Vista 02 Julho 2018

LOCAL E DATA

Angelina Cecília da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Thays Courtinho Weber
Escritoriente Autorizada
Cartório Loureiro

04 JAN. 2019

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 002/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 03/10//2019

COMUNICANTE: ANGELINA CECILIA DA SILVA
RG: 3892387 O. EXP.: SSP/RR CPF: 53903480282
ENDEREÇO: RUA - N 9, 3161 CIDADE: BOA VISTA - RR
BAIRRO: SENADOR HÉLIO CAMPOS
SEXO: FEMININO PROFISSÃO: DOMESTICA
NATURALIDADE: CAROEBE ESTADO: RR
DATA DE NASCIMENTO: 31/07/1992 IDADE: 26 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: FUNADAMENTAL
INCOMPLETO
ESTADO CIVIL: CASADA TELEFONE: 99169-2348 Nº REG. CNH: NÃO POSSUI
NOME DO PAI: MAGNO JUVENTINO DA SILVA
NOME DA MÃE: ANA CECÍLIA DA SILVA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 13h45min do dia 18/06/2018,
NA RUA N 11 COM S 17, PITOLANDIA.

A comunicante acima qualificado compareceu nesta Delegacia para relatar que estava transitando no endereço acima supracitado conduzindo **MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN ESD**, Placa **NUH 3999**, de cor **CINZA**, Ano **2012/2012**, Chassi **9C2KC1650CR550668**, Renavam **00486669688** de propriedade do senhor **JOSÉ CARLOS DIAS DA SILVA**; A comunicante estava indo pro trabalho quando uma pessoa de origem venezuelana que estava de bicicleta cruzou na sua frente e a mesma não conseguiu evitar o acidente; Que a comunicante informou que a equipe do SAMU esteve no local levando para o HGR (**FRATURA DE PUNHO DIREITO**); Que esse registro é para fins de **SEGURO DPVAT**. É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO E LESÃO CORPORAL
OBSERVAÇÃO:

Angelina Cecilia da Silva
ANGELINA CECILIA DA SILVA

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-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT
Confere com original
Data: **03/01/2019**
Silva Vieira
Assinatura
Guilherme da Silva Vieira
Agente Carcerário de Polícia Civil
Mat. 042000908

04 JAN. 2019

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



<i>G. Silva Vieira</i> AGENTE CARACERÁRIO DE POLICIA CIVIL Givanildo da Silva Vieira Mat. 042000855	•
--	----------



DETRAN - RR

Nº 013042166030

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA
01

CÓD. RENAVAL
00486669688

R.N.T.R.C.

EXERCÍCIO
2018

NOME
JOSE CARLOS DIAS DA SILVA

RR

CPF / CNPJ
537.107.702-20

PLACA
NUH3999

PLACA ANT / UF

CHASSI
9C2KC1650CR550668

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB.
2012

ANO MOD.
2012

CAP / POT / CIL
2P/0149CC/

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
CINZA

COTA ÚNICA
PAGO

VENC. COTA ÚNICA
PAGO

VENC / COTAS
1ª *****

2ª *****

3ª *****

FAIXA PVA
** PAGO COTA ÚNICA **

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOE (R\$)
R\$0.7

PRÊMIO TOTAL (R\$)
R\$185.5

DATA DE PAGAMENTO
10/07/2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Carlos Dias da Silva,
RG nº 229207, data de expedição 26/06/2018,
Órgão SSP/BA, portador do CPF nº 537.107.702-20, com
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Jose Cassimiro Silva, Senador H. Campos 3082,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Angelina Cecília da Silva cujo o condutor era
Angelina Cecília da Silva.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD
Ano: 2012-2012
Placa: NUN3599
Chassi: 902K61650CR55068
Data do Acidente: 18-08-2018
Local e Data: Boa Vista-RR 03/01/2019

CARTÓRIO
LOUREIRO

JOSE CARLOS DIAS DA SILVA
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO LOUREIRO
DR. JOZIEL LOUREIRO
TARELÃO E REGISTRADOR
AV. VILLE ROY, Nº 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (05) 3624-6077 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
[scd7pxd0] - JOSE CARLOS DIAS DA SILVA

VSDS Em testemunho da verdade Boa Vista, 03/01/2019
Emol: 2,40, FUNDEJURR: 0,24, FISC: 0,12, FECON: 0,12, ISS: 0,12
Selo: RECFIR158345AIVOAZSUSBFTX112
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 53710770220

Thaís Cortinho Weber
Escravente Autorizada
Cartório Loureiro

NOTA: Certifico que o presente documento
apresentado neste Cartório na data
indicada no carimbo eletrônico de
reconhecimento. Dou fé.

04 JAN. 2019

Guia de Atendimento 02

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

Viso por: Roraima
19/06/18

1800988653 18/06/2018 14:51:58

FICHA DE ATENDIMENTO				TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		38
Paciente ANGELINA CECILIA DA SILVA		Data Nascimento 31/07/1992	Idade 25 A 10 M 18 D	CNS 708402763475260	CPF 53903480282	Prontuário		
Tipo Doc IDENTIDADE 3892387		Orgão Emissor SSPRR	Data Emissão 06/04/2009	Sexo M	Estado Civil CASADO(A)	Raça/Cor PARDA	Naturalidade CAROEBE - RR	Nacionalidade BRASILEIRA
Mãe ANA CECILIA DA SILVA		Pai MARIO JOVELINO DA SILVA			Contato (95) 99135-8617	Ocupação DO LAR		
Endereço RUA - JOSE CASSIMIRO DA SILVA - 3061 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR								
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis. Prenatal			
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
Sector GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.		Registrado por: ELENILDA SILVA				
Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue								
Anamnese de Enfermagem				GSC AQ: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 15:00) Colisão motor x bicicleta com trauma em punho								
Exame Físico # analgesia feita pelo SAMU								
Hipótese Diagnóstica Trauma MSD								
SADT - Exames Complementares ☒ RAO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:								
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO		
				HOSPITAL AV. BRIG. ED. GOMES NOVO HOSPITAL A. 123456789 19/06/18 14:58 Certifico cópia e fiel de que foi receitada				
Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☒ Transferência para Ortopedia ☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta: / /								
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destinos: ☐ Família ☐ IML ☐ Domínia Patológica								
Assinatura do Paciente ou Responsável				Assinatura do Médico Dra. Daniela Costa Cirurgiã de Trauma CRM: 123456				
Impresso por: elenilda.silva Data Hora: 18/06/2018 14:52:31				 1800988653				

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
710181410127161341715121610		31/07/92		m	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - TELEFONE	
Ana Carolina da Silva					
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - CID: ICD 10		15 - UF	
R. José Condemiro da Silva, 3041, Sembrar, Heliópolis		3041		SP	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - CID: ICD 10		18 - CEP	
Boa Vista		010		01010-010	
19 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Colisão, Motocicleta					
20 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Cerebral					
21 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS E EXAMES REALIZADOS)					
Exame físico + Rx					
22 - CID 10 PRINCIPAL, 23 - CID 10 SECUNDÁRIO, 24 - CID 10 DUAIS ASSOCIAÇÃO					
Fx do braço (D)					
25 - PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Fx do Braço (D)					
26 - CLÍNICA					
art					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
amb					
28 - DOCUMENTO					
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE					
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
18/06/18					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
33 - ACIDENTE DE TRABALHO					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO					
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - CNPJ EMPRESA					
38 - SÉRIE					
39 - CNIE DA EMPRESA					
40 - CNIE DA EMPRESA					
41 - CBO					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - EMPREGADO					
44 - EMPREGADOR					
45 - AUTÔNOMO					
46 - DESEMPREGADO					
47 - APOSENTADO					
48 - NÃO SEGURO					
49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
18/06/18					
52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
0308010019					
5525 T068					
V799					

n 4, JAN. 2019

até 736

ALERGIA DIPIRONA F-03
414-1

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
Serviço de Ortopedia e Traumatologia

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE		Cristiane Pereira de Azevedo	
DIAGNÓSTICO		Fratura de Rádio Ulnar	
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	28	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		
4	TILATIL 20mg 12/12hs		
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTERMEDIÁRIA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS		
9	SIMETICONA GOTAS 3C GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		
14	CURATIVO DIÁRIO		
15	Paracetamol 500mg 6/6h VO		
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		

EVOLUÇÃO MÉDICA:
Ao bloco para programação cirúrgica

A 17:45h paciente no bloco recebido da UT com fratura de rádio ulnar, recebeu curativo e orientado para o bloco.

PA FC T FR

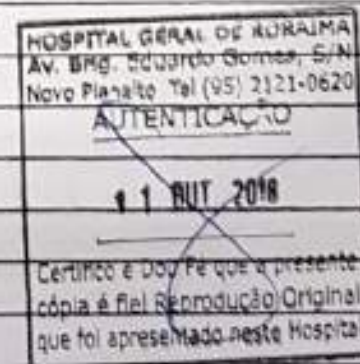
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brg. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - Tel (68) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
11 OUT 2019
Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentado neste Hospital.

Dr. Márcio Reis
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 111111

GOVERNO DE RORAIMA HOSPITAL GERAL de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HGR Hospital Geral de Roraima	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		18/jun		DR	
PACIENTE		ANGELINA CECILIA DA SILVA					
AGNÓSTICO		FRATURA DE BARTON D					
ALERGIAS		DIPIRONA		HAS		NÃO	
IDADE		25		LEITO		3	
ITEM		PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE						SMD
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H						SUSP
4	TILATIL 40MG EV 1X/DIA						SUSP
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT						SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N						SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H						
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG						SN
14	Perizatamol 750mg (vo) 6/6h SN						15/15
15							
16							
17							

Julio Cesar Barreto
Médico
CRM 177

Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 4%	☒ Clorexidina 1% ☐ Outro: _____	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 4%	☐ Clorexidina 1% ☐ Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE	☒ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro: _____	☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE	☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro: _____
Hora do curativo:	☒ Manhã	☐ Tarde	☐ Manhã	☐ Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>Diário</u>			
Cuidado e ass. Técnica Enfermagem	01- <u>Renata Silva Rodrigues</u> Aux. de Enfermagem COREN-PR 415.275	02- <u>Silvia M. de Oliveira</u> Enfermeira COREN-PR 558.505 - TE	01- _____	02- _____
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro				
OBS: _____		OBS: _____		



Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

04 JAN. 2019

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)											
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE					2 - CNES						
3 - NOME DO PACIENTE											
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)					6 - DATA DE NASCIMENTO		7 - SEXO		8 - RAÇA / COR		
9 - NOME DA MÃE					10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE						
11 - NOME DO RESPONSÁVEL					12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE						
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)					14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA						
15 - CDD. BGS MUNICÍPIO					16 - UF		17 - CEP				
PROCEDIMENTO SOLICITADO											
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL					19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL					20 - QTD	
PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS											
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO					22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO					23 - QTD	
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO					25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO					26 - QTD	
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO					28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO					29 - QTD	
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO					31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO					32 - QTD	
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO					34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO					35 - QTD	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)											
36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					37 - CID 10 PRINCIPAL					38 - CID 10 SECUNDÁRIO	
39 - OBSERVAÇÕES											
Paciente admitida às 15:45 procedente do Bloco F deambulando, afébril, normotensa, normocardiaca. Segue sob cuidados da equipe de enfermagem. Francisco Alencar Rodrigues MREN RR 353.432 - ENF											
SOLICITAÇÃO											
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					42 - DATA DE NASCIMENTO		43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)				
44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)						
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)						
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					49 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC						
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE											
50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					51 - CNES						

Obs: Paciente admitida às 15:45 procedente do Bloco F deambulando, afébril, normotensa, normocardiaca. Segue sob cuidados da equipe de enfermagem.

Francisco Alencar Rodrigues
MREN RR 353.432 - ENF

Obs: Gm. mda. C.P.M + SSU,
referiu dor nos hemicólios das 23:00x
n/a com mda. para o amol C.P.M

04 JAN. 2019

AGNOSTIFX BARTON DIREITO

ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE 25	LEITO 414-1	DATA 21/06/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H	
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA (S/N)	
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM OU 1 CP V.O	
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	
11	CURATIVO DIÁRIO	
12	SSVV + CCGG 6/6 H	
13	RANITIDINA 50MG EV 8/8HRS (EM AUSENCIA DE OMEPRAZOL)	
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120x90	80	19	36,4
12 H	120x90	-	-	36,4
18 H	130x90	84	20	36,3
24 H	120x90	85	19	36,2

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 120.190/SP

Dr. Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

130x90 administrando medicação...
realizando troca de...
...
...

DATA DE ADMISSÃO					
PACIENTE	ANGELINA CECILIA DA SILVA				
AGNÓSTICO	FX BARTON DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	25	LEITO	414-1	DATA	20/06/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H				
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM OU 1 CP V.O				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13	RANITIDINA 50MG EV 8/8HRS (EM AUSENCIA DE OMEPRAZOL)				
14					
15					
16					
17					
18					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 100-250: **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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE *Angelina Cecília de S. S.*

6 - DATA DE NASCIMENTO *31/07/92*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) *71018141012171613141715121610*

8 - SEXO *M*

9 - 1º DO PRONTUÁRIO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL *Ana Cecília da Silva*

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO) *R. José Cosme da Silva, 3061, Sionodas, Heliópolis*

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA *Boa Vista*

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF *PR*

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fratura de osso distal

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO úrgio

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

EF + RX

Dr. Anderson P. Silva
Ortopedia



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: 23.06.18

O.S. _____

Angelina Lelis da
Silva

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura do antebraço (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Redução e fixação da fratura (D)

PO DE INTERVENÇÃO: Cirurgia

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: X

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: a norma

CIRURGIÃO: Dr. Edilson

1º AUXILIAR: M. Rêda

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIN: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Anestesia com O₂ + Anestesia
- 2) Anestesia + Antiespasmódico
- 3) Incisão sobre a dorso do antebraço por meio de visualização da fratura cominada em região articular do rádio + localização do rádio ulnar
- 4) Fixação com placa em "T" 5x3 + parafusos com 4 parafusos (3 corticais + 1 apofisário).
- 5) Fixação da articulação do rádio com 2 fio "K" 1.5mm + fixação do rádio ulnar com fio "K" 1.5mm
- 6) LMC + Sutura + Curativo



Hepatograma _____
Outros _____
Parecer Clínico _____
PA _____ Pulso _____ Temperatura _____

Medicação Pré - Anl	DOSE	VIA	HORA

AP. Digt _____
S. Osteo - Art _____
S. Nerv _____
S. Endoc _____

Est. Fis (ASA) _____ ANL. Proposta _____
NB _____

Assinatura

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

INSTRUMENTADOR		
CIRCULANTE		
M/SORO e M/MIO - Elizabetha M.		
TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT	IMEDICAMENTOS	VALOR
1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	FIO VICRYLNº 2.10	
1	FIO MONONYLON Nº 3.10	
	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	FIO CATGUT CROMADO Nº	
	FIO PROLENE Nº	
	FIC SEDA Nº	
	SURGICEL	

Encaminhar paciente para sala de cirurgia

Cuidar para que não esteja fria na recepção do paciente

Manter paciente coberto sem camisola

Instalar monitores e oximetria de pulso

Auxiliar na colocação do paciente na posição cirúrgica

Seguir rotina de instalação de cuidados com bisturi elétrico

Registrar volume e anotar aspecto do débito urinário de 1/1 hora

Controlar drenos frequentes nas primeiras horas de PCI

Comunicar enfª se há aumento de sangramentos pós-incisões e cateteres



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

osteossintese fratura baciais
lado distal direito

Data: 23.06.18

Nº DO PRONTUÁRIO:

Paciente: Angeline Pereira da Silva Idade: _____

Bloco: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Caixa: Reg. Fragmento Nº: _____

Circulante: Milena / Helene Sala: 1 ✓

Conferência Expurgo CME: _____

Materia! Utilizado:

Placa em T 3/5

Parafuso cortical 40 F

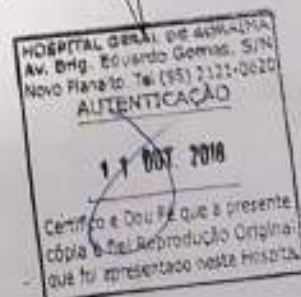
Parafuso cortical 20 F

05. cordão Parafuso cortical

Dr. Pedro Guilherme
Ortopedia e Traumatologia
R. Eduardo de Almeida, 615
Cidade Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME



04 JAN. 2019

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

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

PACIENTE CIRÚRGICO

☒ Aplica ☒ Não se Aplica

PACIENTE DEMONSTRANDO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUI

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☒ Sim, Qual: **DIPIRONA**

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não☒ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

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

Data: _____ Hora: _____

EDINO ALLAMANO A. SARTES
Anestesiologista - CRM 15011
RQE 197

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☒ Não se aplica

☐ Sim,

Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

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

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☒ Não

☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTES PACIENTES

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

PACIENTE ANGELINA CECILIA DA SILVA					
AGNOSTIC EX BARTON DIREITO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	25	LEITO	414-1	DATA	23/6/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	AVP				Manter
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H				12:00 18:00 06:00
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				5:00
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N) 04-25				5:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				5:00 04:25
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				5:00
8	OMEPAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM OU 1 CP V.O				06:00
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5:00
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				5:00
11	CURATIVO DIÁRIO				Curar
12	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
13	RANITIDINA 50MG EV 8/8HRS (EM AUSENCIA DE OMEPAZOL)				5:00
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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				

39 dia 7 h
for 01/11
medic 04/01
TSSVU + Roca
Sou o punção
venosa / peric
amnia - te
sem 7 mon
Tardou

Ana Maria S. Macedo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR-000.411.634

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE: DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

21h retornou do e-c POI sem
intercorrências
by Janet
aforte m.

CONDUITA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	105x82	85	20	35,8
18 H	113x84	106	20	35,9
24 H	120x90	90	19	36,6

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 185177

Dr. Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

HOSPITAL GERAL DE RUMUMBA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto Tel (95) 2121-0620	
AUTENTICAÇÃO	
11 OUT. 2018	
Certifico e dou fé que a presente cópia é fiel (Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital)	

04 JAN. 2019

13 às 17:30 - Adm. Med. de horários, aferido SSVU, pot 70
Conduzida ao C.E. note. Beg. Tec. Jélio

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Angelina - Brasil - Jda Silva				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				→ 24
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				→ 1
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				→ 18 24 06 12
4	TILATIL 20mg 12/12hs				→ 20 08
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N (Suop)				→ 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOF. INTERCA				→ 24
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				→ 24
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				→ 22 06 14
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				→ 24
10	SSV + CCGG 6/6 H				→ 24
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MIMMHG				→ 24
14	CURATIVO DIÁRIO				→ 24
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				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

No bloco para programação cirúrgica

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

04 JAN. 2019



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Angelus Lins de Silva, 25 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 18/06/18, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura luxação do cotovelo direito (P)

NO DIA 27/06/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Artroscopia do cotovelo direito (P) SENDO

OPERADO PELO DR. Peloso E DR. Ilhena

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 24/06/18, ÀS 14h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 05/07/18, ÀS 9h, COM O
DR. Peloso

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.



PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1615

BOA VISTA, 24/06/18

MÉDICO

04 JAN 2019





Necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

539.034.802-82

Nome completo da vítima

Angolina Cecília da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Angolina Cecília da Silva	CPF titular da conta	539.034.802-82	Profissão	
Endereço	Rua José Cassimiro Silva	Número	3061	Complemento	
Bairro	Senador Helio Campos	Cidade	Boa Vista	Estado	Roraima
Email	IL0IRRR@HOTMAIL.COM	CEP	69.316-502	Telefone (DDD)	9154-4282

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

		DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12	
Para mais esclarecimentos, acesse o site http://www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)			
INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:			
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:			
Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");			
Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").			
Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").			
Nome Completo da Vítima <i>Angelina Célia da Silva</i>		CPF da Vítima <i>539.034.802-82</i>	Data do Acidente
REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA			
Nome completo do Representante Legal		CPF do Representante legal	
Email		Telefone (DDD)	
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:			
Assinalar uma das opções abaixo:			
☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou			
☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou			
☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Angelina Cecilia da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

06/04/2009

ANGELINA CECILIA DA SILVA

MARIO JOVENTINO DA SILVA
ANA CECILIA DA SILVA

CAROEBE - RR 31/07/1992

CERTD HASC 6380 FLS 190V LIV A-9
SÃO LUIZ DO ANAUÁ - RR

1 VIA

Rita de Cássia Coelho de Araújo
Diretora do IIOC

P 30

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
ANGELINA CECILIA DA SILVA

Nº de Inscrição
539034802- 82

Data do Nascimento
31/07/1992

CONVÊNIO RECEITA FEDERAL
CPF
INCRA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em:15/01/09

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
R. Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					



Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	
Valor Nominal	R\$ 2.531,25
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	18/6/2018 a 1/2/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	18/6/2018 a 14/2/2019

Dados calculados

Fator de correção do período	228 dias	1,022691
Percentual correspondente	228 dias	2,269114 %
Valor corrigido para 1/2/2019	(=)	R\$ 2.588,69
Juros(241 dias-8,32159%)	(+)	R\$ 215,42
Sub Total	(=)	R\$ 2.804,11
Valor total	(=)	R\$ 2.804,11

Memória analítica do cálculo

Valor inicial	2.531,25
Data inicial	18/6/2018
Data final	1/2/2019
Periodicidade	Mensal
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.

Termo inicial	Termo final	Varição do período	Valor
18/6/2018	1/7/2018	0,4795 (%)	2.543,39
1/7/2018	1/8/2018	0,6400 (%)	2.559,66
1/8/2018	1/9/2018	0,1300 (%)	2.562,99
1/9/2018	1/10/2018	0,0900 (%)	2.565,30
1/10/2018	1/11/2018	0,5800 (%)	2.580,18
1/11/2018	1/12/2018	0,1900 (%)	2.585,08
1/12/2018	1/1/2019	-0,1600 (%)	2.580,94
1/1/2019	1/2/2019	0,3000 (%)	2.588,69

Acréscimos de juro, multa e honorários

Juros(241 dias-8,32159%)	(+)	R\$ 215,42
Sub Total	(=)	R\$ 2.804,11
Valor total	(=)	R\$ 2.804,11

Retornar Imprimir