



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, Janeci Pereira do Nascimento PROFISSÃO: Donatária
ESTADO CIVIL: solteira, FONE: _____
E-MAIL: _____ RG: 75668
SSP- RR e CPF: 225.691.202-78, RESIDENTE Á
RUA: Rua: Temístocles Henrique Trubuccio N° 1045,
BAIRRO: Asa Branca 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 judicium*, 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.

Janeci Pereira do Nascimento
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>

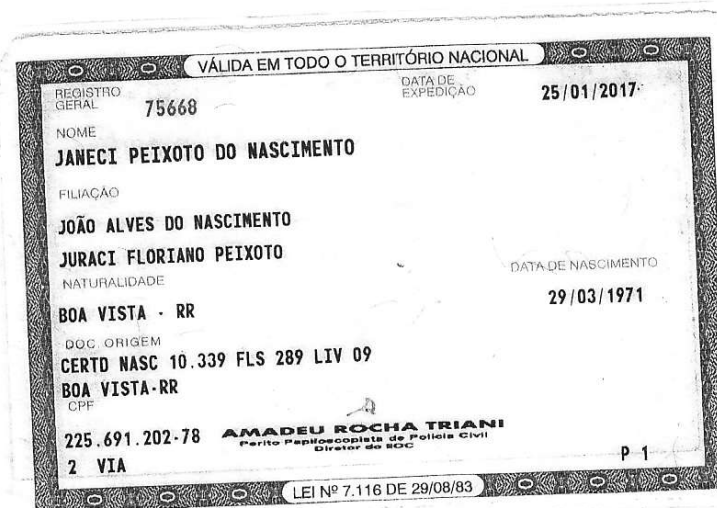
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: Janeci Peixoto do Nascimento
ESTADO CIVIL: solteiro PROFISSÃO: Diarista
RG N° 75668 SSP/ RR CPF: 225.691.202-78
ENDEREÇO: Rua: Temístocles Henrique Tribuciro, 1045,
Rsa Branca

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, 11 de 02 de 2019.

Janeci Peixoto do Nascimento



28 SET. 2018

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

123.00461.11-2

3766807 0050 RR

Ass: Renato do Nascimento

ASSINATURA DO TITULAR

COLEÇÃO DE DEDILHO



14118.376807 SO-29

JANECI PEIXOTO DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO.....: JURACI FLORIANO PEIXOTO
JOAO ALVES DO NASCIMENTO

NASCIMENTO.....: 29/03/1971

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO.....: R.G. - 75668 - 25/01/2017 - SSP - RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF.....: 225.891.202-78

TIT. ELEITOR:

LOCAL DE EMISSÃO: SINE - BOA VISTA - SINE MECEJANA

DATA DE EMISSÃO.: 10/10/2018

CNH.....:

SEÇÃO:

ZONA:

Magno Della-Flora
MAGNO PILLON DELLA-FLORA
Superintendente Regional de Trabalho e Emprego/RR
ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR		CONTRATO DE TRABALHO	
GRUPO SANGÜÍNEO	DIABETE	EMPREGADOR	
FATOR RH	☐ SIM ☐ NÃO	CCC/CPF/CEI	
ALERGIAS	☐ SIM ☐ NÃO	ENDEREÇO	
DOADOR DE ORGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993)	☐ SIM ☐ NÃO	MUNICÍPIO	UF
		ESP. DO ESTABELECIMENTO	
		CARGO	CON N°
		DATA DE ADMISSÃO	DE DE DE
		REGISTRO N°	FIS. SIGLA
		RENUMERAÇÃO ESPECIAL	
		P	
		DATA DE AIDA	DE DE DE
		P	
		CONTERMINAÇÃO	
		RGIS N° DE CONTRA	

CARTERAS ANTERIORES	
NUMERO	SERIE
UF	DATA DE EMISSÃO
NUMERO	SERIE
UF	DATA DE EMISSÃO
NUMERO	SERIE
UF	DATA DE EMISSÃO
NUMERO	SERIE
UF	DATA DE EMISSÃO

07

06

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0022016-7

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 000984309

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

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	16/07/2018	201	135,90

VALDENE CARVALHO NUNES
R. TEMISTOCLES H TRIBUEIRO 1045 ASA BRANCA
CPF: 00014474220234
CEP: 69.312-322 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.01.260850

DADOS DA LEITURA	W/h	DATA DA LEITURA
Atual:	11451	25/06/2018
Anterior:	11250	24/05/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	25/07/2018
Consumo Medido:	201	22/06/2018
Consumo Faturado:	201	25/06/2018

FCAM

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2820062	N 1523684	1.1.1.2	59

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/ano	Consumo
MAI/18	231
ABR/18	108
MAR/18	22
FEV/18	16
JAN/18	44
DEZ/17	41
NOV/17	44
OUT/17	50
SET/17	40
AGO/17	3

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 201 - 0,456778

DESCRIÇÃO DA CONTA

Descrição	Valor
CONSUMO 201 A R\$ 0,564414 =	113,44
CORRECAO MONETARIA DA 04/18-00	0,04
CORRECAO MONETARIA IG 04/18-00	0,38
MULTA POR ATRASO DE I 04/18-00	1,13
JUROS DE MORA POR ATR 04/18-00	0,20
MULTA POR ATRASO 04/18-00	1,20
JUROS DE MORA DE IMPO 04/18-00	0,66
ILUMINACAO PUBLICA	18,85

MENSAGENS IMPORTANTES/REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 05/2018 150,38

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/07/2018. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 8127.10F3.BDC3.B8E3.9954.C1C6.C9B6.001B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 34,44	Base de Cálculo: 113,44
Energia: 55,09	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 19,28
Encargos: 2,29	Valor do PIS: 0,41
Tributos: 21,62	Valor do COFINS: 1,93

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Indicador	Valor
8,85	17,70
35,40	8,46
16,92	33,84
4,82	0,00

FLORESTA 04/2018 24,04

ROT: 5.001.12.01.260850

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal: 000984309

FCAM

SEU CÓDIGO 0022016-7

TOTAL A PAGAR - R\$ 135,90

MÊS FATURADO 06/2018

VENCIMENTO 16/07/2018

83660000001 9 35900075000 0 00000000022 4 01670618008 6

SEQ.: 00213 UC: 0022016-7 DT.LEIT.: 25/06/2018 T.ENTR.: 04
LEITURA: 11451 NORMAL TOTAL: 135,90 CARGA: 001
DT.VENC.: 16/07/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1201

28 SET. 2018



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu IVANA AMORIM DE SOUZA LOPES inscrito (a) no CPF 294.386.382 / 35
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JANEKI PEIXOTO DO NASCIMENTO inscrito
(a) no CPF sob o Nº 225.691.202 / 78, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
JANEKI PEIXOTO DO NASCIMENTO, inscrito (a) no CPF sob 225.691.202 / 78, 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 SD. PM JACINTO JOSE DS SILVA</u>		Número <u>359</u>	Complemento
Bairro <u>BARANÁ</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.383-572</u>
Email <u>IVANNA.SOUZAJJ@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95) 99116-8367</u>

Boa Vista, 28 de Setembro de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DOCUMENTO
ORIGINAL
28 SET. 2018

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JANECI PEIXOTO DO NASCIMENTO

Identidade: 75668 SSP/RR **DATA DE EXPEDIÇÃO:** 25/01/2017 **CPF:** 225.691.202-78

Naturalidade: BOA VISTA/RR **Nacionalidade:** BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRA **Profissão:** DIARISTA

Endereço: RUA TEMISTOCLES HENRIQUE TRIBUEIRO, 1045 – ASA BRANCA / CEP: 69.312-322

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

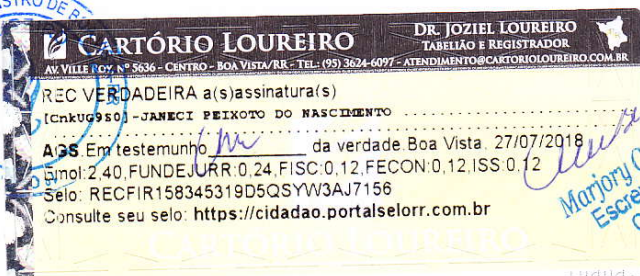
Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR **CPF:** 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido(a) procurador(a), **quitar, requerer e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização do Seguro Obrigatório DPVAT para a vítima: JANECI PEIXOTO DO NASCIMENTO.**

Boa Vista-RR, 11 de julho de 2018.

Janece Peixoto do Nascimento
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



Marjory C. C. Esbell Briglia
Escrevente Autorizada
Cartório Loureiro

DOCUMENTO
ORIGINAL
28 SET. 2018



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031961/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/08/2018 08:26 Data/Hora Fim: 10/08/2018 08:58
Origem: Polícia Judiciária Data: 10/08/2018
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 02/07/2018 01:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Sebastião An Paiva
Complemento: Cruzamento

Bairro: Alvorada

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1225. Deixar o condutor do veículo, em acidente, de prestar imediato socorro à vítima, ainda que a sua omissão seja suprida por terceiros ou que se trate de vítima com morte instantânea ou com ferimentos leves (Art. 304, Parágrafo único da LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: JANECI PEIXOTO DO NASCIMENTO (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 29/03/1971
Profissão: Autônomo Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Juraci Floriano Peixoto Nome do Pai: João Alves do Nascimento

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 225.691.202-78

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Temístocles Henrique Tribueiro Nº: 1045
Bairro: Asa Branca
Telefone: (95) 99123-7745 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Renavam 0198481888	Placa NAK-1653
Número do Chassi 9C2JC4220AR307656	Ano/Modelo Fabricação 2010/2010
Cor Bege	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 10/08/2018 08:59
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

28 SET. 2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

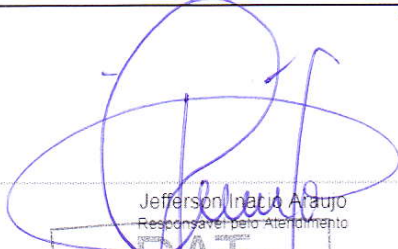
Nº: 031961/2018

Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Janeci Peixoto do Nascimento	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

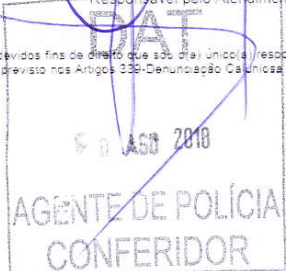
A comunicante que é habilitada (Nº 06988334194), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando trafegava conduzindo a motocicleta também já descrita acima, estando a mesma em nome de JOÃO BISPO ACIOLE, CPF 144.241.422-72, onde veio a ser colidida por outra motocicleta que invadiu a preferencial (NÃO SABE INFORMAR A PLACA, POIS A MESMA EVADIU-SE). Que sofreu lesões corporais e foi resgatada por uma equipe do SAMU até o HGR. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DE DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS


Jefferson Inacio Araujo
Responsável pelo Atendimento


Janeci Peixoto do Nascimento
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (ela) única (s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação, 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



DOCUMENTO
ORIGINAL
28 SET. 2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - RR Nº 013746289598	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
01	00198481888
2017	
JOÃO BISPO ACIOLE	
144.241.422-72	
NAK1653	
9C2JC4220AR307656	
PAS/MOTONETA/NAD APLIC.	
GASOLINA	
HONDA/BIZ 125 ES	
2010	
2010	
2F/0124CC/	
PARTIDO	
BEGE	

1. *PAGO*	
2. *PAGO*	
3. *PAGO*	
** QUITADO **	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	
R\$10.7	
R\$185.5	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO - PPLB SAIR AMAZ	
OCID LEILÃO 04/2017 LOTE 15 *	
Diretor Presidente	
DETRAN-RR	
Interino	
BOA VISTA-RR	
26/09/2017	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS	
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS	
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT	
RR Nº 013746289598	
BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT	
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO	
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
www.dpvatsegurodotransito.com.br	
SAC DPVAT 0800 022 1204	
2017	
26/09/2017	
01	
144.241.422-72	
NAK1653	
00198481888	
HONDA/BIZ 125 ES	
2010	
9	
9C2JC4220AR307656	
PRÊMIO TARIFÁRIO	
R\$81.29	
R\$9.03	
R\$90.33	
R\$4.15	
R\$0.7	
R\$185.5	
X COTA UNICA	
PAGAMENTO	
PARCELADO	
DATA DE QUITAÇÃO	
SEGURADORA LIDER - DPVAT	
CNPJ 09.248.602/0001-04	
www.seguradoralider.com.br	
21078900	
2017	

FICHA DE ATENDIMENTO		Nº	861									
PREFEITURA BOA VISTA		UNIDADE:	EQUIPE: <i>Reche / Tami res</i>									
Paciente: <i>Janece Peixoto do Nas Cimentos</i>		Idade: <i>47</i>	Sexo: <i>F</i>									
Nacionalidade: <i>Brasileira</i>		Raça: Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia										
Endereço: <i>R. Sebastião Du Ruva - Alameda</i>		Bairro:										
Nº <i>32399</i>	DATA <i>02/07/18</i>	HORA J/9: <i>2:34</i>	BASE ☒ VIA ☐ ☐ RÁDIO									
Medico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: <i>Prise</i>		HORA J/10: <i>2:25</i>	☒ CELULAR									
MOTIVO DO ACIONAMENTO: <i>(Traumático) Queda de moto</i>												
ACIONAMENTO ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NA BASE ☐ OUTRO												
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ 4 a 24 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe ☐												
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na cena do acidente)	AUTOMÓVEL			AUTOMÓVEL			VIOLÊNCIA			OUTROS		
	☐ Capotamento			☐ Uso do cinto			☐ FAB			☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto		
	☐ Atropelamento			☐ Vítima projetada			☐ FAF			☐ Queda, Altura aprox.:		
	☐ Colisão AUTO x			☐ Vítima encarcerada			☐ Espancamento			☐ Acidente Doméstico		
	☐ Motorista			☐ Air Bag Acionado			☐ Violência Doméstica			☐ Queimadura Agente		
	☐ Passageiro Banco dianteiro			MOTOCICLETA / BICICLETA			☐ Violência Sexual			☐ Afogamento		
	☐ Passageiro Banco traseiro						☐ Tentativa de suicídio			☐ Agressão p/ animal		
	PEDESTRE			☒ Colisão MOTO X <i>moto</i>			☐ Com capacete			☐ Outros:		
	☐ Atropelamento			☐ Queda de moto			☒ Sem capacete					
	☐ VIA ☐ CALÇADA ☐ FAIXA			☐ Atropelamento			☐ Queda de Bicicleta					
			☒ Queda de Bicicleta			☐ Garupa						
			☒ Piloto									
AVALIAÇÃO INICIAL												
VIAS AÉREAS			VENTILAÇÃO			CIRCULAÇÃO			AVAL. NEUROLÓGICA			
☒ Livre			☐ Eupneico			☐ Normocárdico			☐ AVDN			
☐ Obstrução Parcial			☐ Apnéia			☐ Bradicárdico			☐ Miose			
☐ Obstrução Total			☐ Dispneia			☐ Taquicárdico			☐ Midriase			
☐ Corpo estranho			☐ Bradpneia			☐ Arritmico			☐ Anisocoria ☐ D ☐ E			
☐ Edema de Glote			☐ Taquipneia			☐ Enchimento capilar acima de 2"			☐ Aparelhos Etilizados			
☐ Outro:			☐ Roncos			☐ Ausente			☐ GLASGOW <i>5</i>			
			☐ Sibilos			☐ Cianose central						
			☐ Respiração paradoxal			☐ Cianose de extremidade						
SINAIS VITAIS E ESCORES												
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APGAR				
Início <i>2:40</i>	<i>120 x 80</i>	<i>98</i>	<i>20</i>	<i>96</i>								
Fim <i>2:53</i>	<i>120 x 80</i>	<i>103</i>	<i>20</i>	<i>98</i>								
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA												
Pele		Cabeça		Face		Pescoço		Tórax		Abdome		
☒ Corada		☐ Contusão		☐ Contusão		☐ Escoriações		☒ Dor		☐ Escoriações		
☐ Quente		☐ Escoriação		☐ Escoriações		☐ Lacerações		☐ Escoriações		☐ Lacerações		
☐ Pálida		☐ Dor		☐ Lacerações		☐ Hematoma		☐ Lacerações		☐ Distendido		
☐ Fria		☐ Hematoma		☐ Ferimento ocular		☐ Desvio da traqueia		☐ Contusão pulmonar		☐ Em tábua		
☐ Úmida		☐ Afundamento		☐ Luxação		☐ Enfimema Sub-		☐ Ferida Aspirativa		☐ Doloroso		
☐ Seca		☐ Fer. penetrante		☐ Mandíbula		☐ Cutâneo		☐ Empalamento		☐ Evisceração		
☐ Cianótica		<i>3/11</i>		<i>4/11</i>		<i>1/11</i>						
Pelve		Coluna Dorsal		MMSS		MMII		OCULAR		VERBAL		
☐ Contusão		☐ Contusão		☐ Contusão		☐ Contusão		☐ 4 Espontânea		☐ 5 Orientado		
☐ Escoriações		☐ Hematoma		☐ Escoriações		☐ Escoriações		☐ 3 Ao comando		☐ 4 Confuso		
☐ Dor		☐ Dor		☐ Luxações		☐ Luxações		☐ 2 À dor		☐ 3 Palavras inapropriadas		
☐ Instabilidade		☐ Escoriações		☐ Lacerações		☐ Lacerações		☐ 1 Sem resposta		☐ 2 Palavras incompreensíveis		
☐ Crepitação		☐ Crepitação		☐ Fratura		☐ Amputação				☐ 1 Sem resposta		
				☐ Amputação		☐ Crepitação						
				☐ Crepitação								
AVALIAÇÃO CARDÍACA												
☐ Ritmo Sinusal			☐ Fibrilação atrial			☐ Respiratória			☐ Diabetes			
☐ Taquicardia			☐ Fibrilação ventricular			☐ Neurológica			☐ Cardiopatia			
☐ Bradicardia			☐ Assístolia			☐ Psiquiátrica			☐ HAS			
☐ Filuter						☐ Metabólica			☐ Medicação de uso			
						☐ Cardiovascular			☐ Alergias <i>Neqen</i>			
						☐ Aborto			☐ Outros			
AFCÇÃO CLÍNICA												
☐ Digestiva			☐ Digestiva			☐ Digestiva			☐ Digestiva			
☐ Infecçiosa			☐ Infecçiosa			☐ Infecçiosa			☐ Infecçiosa			
☐ Obstétrica			☐ Obstétrica			☐ Obstétrica			☐ Obstétrica			
☐ Outra			☐ Outra			☐ Outra			☐ Outra			
HISTÓRIA PEGRESSA												
☐ Diabetes			☐ Diabetes			☐ Diabetes			☐ Diabetes			
☐ Cardiopatia			☐ Cardiopatia			☐ Cardiopatia			☐ Cardiopatia			
☐ HAS			☐ HAS			☐ HAS			☐ HAS			
☐ Medicação de uso			☐ Medicação de uso			☐ Medicação de uso			☐ Medicação de uso			
GRAVIDADE PRESUMIDA												
☐ ILESO			☐ PEQUENA			☒ MÉDIA			☐ SEVERA			
OBITO EVIDENTE												
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)												
MULTIPLS MEIOS ACIONADOS												
INCIDENTE												
☐ Cancelamento												
☐ Recusa de Atendimento												
☐ Não se encontrava no local - EVASÃO												
☐ Recusa de hospitalização												
☐ Trote												
☐ Bombeiro no local:												
RCP												
☐ Iniciada as:												
☐ RCP com sucesso												
☐ RCP sem sucesso												
☐ Obs:												
OBSERVAÇÕES												

DESTINO	☐ Atendido no local	☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS	☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
	☐ Trauma HGR	☐ Hosp. Santo Antônio - HC SA	☐ Hosp. Lotte Iris - HLI
	☐ Pronto Atendimento - HGR	☐ HMINSN	☐ Outros
	☐ Coronel Mota		

CASO CLÍNICO

Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar.

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

PERTENCE DO PACIENTE

Descrição: _____

Nome do Receptor: _____

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

TERMO DE RECUSA

☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento pré-hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

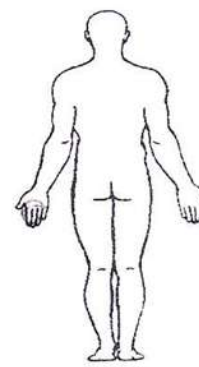
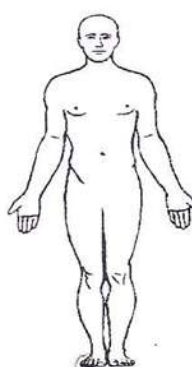
Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____	02 compressas
Perda de líquido: _____ BCF: _____	01 alcatraz 8cm
☐ Com cartão ☐ Sem cartão	02 gases

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
1. Não responde prontamente à estimulação	Espontânea	4
2. Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ap Som	3
3. Abertura ocular após estimulação da extremidade dos olhos	A Pressão	2
4. Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
5. Olhos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Verbal	Classificação	Pontos
1. Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
2. Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	4
3. Palavras isoladas inteligíveis	Palavras	3
4. Apenas gemidos	Sons	2
5. Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
6. Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora	Classificação	Pontos
1. Cumprimento de ordem com 2 ações	A ordem	6
2. Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estimulada cabeça ou pescoço	Localizadora	5
3. Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	4
4. Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	Flexão anormal	3
5. Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
6. Ausência de movimentos dos membros superiores, inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
7. Fator que limita resposta motora	Não testável	NT



Foram acionadas para uma ocorrência a hospitalar, devido de motor chegando ao local, relatando de pelo sistema, em sendo uma colisão motor a motor, o qual condutor estava de lado, realizado avaliação por motor, sem alteração, não apresentando por apresentar palidez no dorso da mão (5) + lateralização sem expor, com 12 tendão no dorso anelar (5) + palidez exposta (1) e 12 do 3º, 4º, 5º dedos do pé (5) + lateralização entre 03º e 4º dedo do mesmo pé, realizado analgesia conforme RM com 2 ampolas de dipirona + 1 de Uloral, em AUP com 3RL 500 ml, por apresentar 05U, sem queixa de cervicalgia, encaminhada de GT, conforme RM e entregue com vida e estável.

Por realizado curativo adesivo em membros afetados

Tamires Leandro da Silva
ASSINATURA E CARIMBO
COREN-RR 874.973

DOCUMENTO ORIGINAL
28 SET. 2018

JUNTEI COM O JUIZ
EM 03/08/18
Stephanie

02/07/2018

10012820

JANECI PEIXOTO DO NASCIMENTO
FEM 47A 02/07/2018 05:26:55
SALA DE COLETA

...: Guia de Atendimento 02 ...:

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

HGR

1800975274	02/07/2018 03:50:54	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	6
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
JANECI PEIXOTO DO NASCIMENTO	29/03/1971	47 A 3 M 4 D			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
				F	
Mãe		Pai			
NI		NI			
Endereço					
RUA -- SN -- 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				
Selhor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue				
Anamnese de Enfermagem					
GSC TOTAL 15 AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - __: __h)					
Tricemia no ombro (E) e Calor (E) Acidente 5º Qd (E) Fratura Exposta do 3º e 4º Pd (E) BFG LOT E ASA ACU e AR S/A					
Exame Físico					
Hipótese Diagnóstica					
Fratura luxação do ombro com lesão da articulação e lesão					
SADT - Exames Complementares					
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTRO					
PRESCRIÇÃO					
APRAZAMENTO					
OBSERVAÇÃO					
Defalcatina 2gr EV					
OTOT OS ml 7 M					
3 Dexametazona 2gr EV					
4 Tenoxicam 40gr EV					
5 Curativos					
Condução					
☐ 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 Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica					
Assinatura do Paciente ou Responsável					
Carimbo e Assinatura					
Assinado por: leilson.sousa					
Data: 02/07/2018 03:53					
DOCUMENTO ORIGINAL 28 SET. 2018					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto Tel (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO 02 AGO 2018 Cópia e Dou Fe que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital					
1800975274					

BLOCO B

B



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 - N° 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, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Sobite acidente epentem, levando
e do no p^o egresso

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS, RESULTADOS E EXAMES REALIZADOS

Pr^o p^o egresso

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura braço 2, 4° e 5° metacarpo p^o

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO CONTRATO

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. Órgão Emissor

49 - 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)

040805 0470
5927
V299

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

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

HGR
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: _____

PACIENTE: **JAMECI ROBERTO DE MOURA**

DIAGNÓSTICO: **fratura olecr. r. h.**

ALERGIAS: _____ HAS: _____ DM2: _____

IDADE: **42** LEITO: _____ DATA: **02/07/18**

ITEM: _____ PRESCRIÇÃO: _____ HORÁRIO: _____

1 DIETA ORAL LIVRE

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3 CEFALOTINA 1G EV 6/6H

4 TILATIL 20MG EV 12/12H

5 DIPIRONA 500MG EV 6/6H

6 TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7 PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8 RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N

9 SIMETICONA GOTAS 40 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

14 CURATIVO DIÁRIO

15 **na 500cc**

16

17

18 **SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR**

19 **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%**

20 **40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA**

ATENTICAÇÃO
07 AGO 2018
Certifico e De. Fe. que a presente
Cópia (50) Reprodução Original
está em posse desta Hospital

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Realizada visita
orientação
COREN-RR 179.439-ENF
Realizando visita e orientações
CR 08:00
Cruz
COREN-RR 167.136

12h DA: 90x60
FC: 82
T: 36,4

8h DA: 136mg/dl
COREN-RR 663.391 TE

Regulado para leito

Regulação Interna

Pa: 100/60 mmHg
Fc: 84 bpm
T: 36,6°C
Dados: 126 mg/dl
teleco n° 20

Marcos Roberto B. de Santana
Médico
COREN-RR 1284

Aditânia Matias da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 318.755 TE

Anelita de Souza Silva
Téc. De Enfermagem
COREN-RR 903.916

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

SINAIS VITAIS			
6 H	36.38	95	110 x 70
12 H			
18 H			
24 H			

Elenilda Lima
Téc. Enfermagem
COREN-RR 664.136

DOCUMENTO ORIGINAL
28 SET. 2018

Rogério dos Santos Maciel
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 1.247.434 TE

Realizado visita
CR 14:00
Cruz
COREN-RR 167.136

medicações e
horários matu-
rino, realizado.

Emerson Rodrigues Oliveira
Téc. Enfermagem
COREN-RR 146.494

Maria da Silva Fale
Téc. Enfermagem
COREN-RR 68.121 TE

Anália de Enfermagem
Téc. Enfermagem
COREN-RR 746229

10:10h - Realizado curativo.
Meihor A. Ferreira
Téc. Enfermagem
COREN-RR 130.838

medicação
respiratória
realizada.

Iran de da Silva
Téc. Enfermagem
COREN-RR 68.121 TE

Elenilda Lima
Téc. Enfermagem
COREN-RR 664.136

Larysi Prowell Little
Téc. Enfermagem
COREN-RR 001.098.361-TE

Aidney Almeida da Silva
Téc. Enfermagem
COREN/RR 001.013.910-TE



Realizado medicação
e SSVV noturno

Vanilda Grandinetti
Téc. Enfermagem
COREN-RR 917.071 TE

Rogério dos Santos Maciel
Téc. Enfermagem
COREN-RR 1.247.434 TE

Tamara

8

Uso Adm medicação
e nem SSVV

16:20 - Foi realizado curativo
no MPE (PE)
e hipotensão.

Silvia M^a Souza Brandão
Técnica de Enfermagem
COREN/RR 0829.841 TE

José Luiz do Nascimento B.E

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
GOVERNO DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		JOSÉ LUIZ DO NASCIMENTO			
DIAGNÓSTICO		✓			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	03/09/18
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAV
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia				18
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12
4	TILATIL 20mg 12/12hs				18
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				SV
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SV
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SV
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				14
9	SIMETICINA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SV
10	SSV + CCGG 6/6 H				Rotas
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
15					
16	Dipiridone 100 - 12/12 EV				12-24
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

Handwritten notes:
Ao Bloco
14h PA 120x80
FC 85
T 36.5°C
DWL 142 mg/dl
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 973.387
Estelene Rodrigues Oliveira
Téc. Enfermagem
COREN-RR 146.494

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0630
AUTENTICAÇÃO
07 ABR 2018
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Representação Original
que foi apresentada neste Hospital

SINAIS VITAIS				
6 H	T	FC	PA	
12 H	36.1°C	100	130x60	
18 H				
24 H				

DOCUMENTO ORIGINAL
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
28 SET. 2018
Cemai Proull Litle
Técnica em Enfermagem
Coron-RR 001.098.361-TE
Mª das Graças Pereira da Silva
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 1626-TEC

Handwritten notes:
36.1°C 107 100/60
6h PA 130/70 P=96 Jax 36.4°C

Handwritten signature and stamp

Handwritten signature and stamp

Handwritten signature and stamp

Medicações e SSVV
realizadas
Data: 28/07/18
Hora: 10:40h

Handwritten signature and stamp
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 351626-TEC

Handwritten signature and stamp
Patty Anny Jacarina Coelho
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 887.882-TEC

Handwritten signature and stamp
CLÁUDIO TOSCANI
Téc. Enfermagem
COREN-RR 81434

Handwritten signature and stamp
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 446473

Handwritten signature and stamp
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 001.013.910-TE

Handwritten signature and stamp

10:40h - Realizado
Handwritten signature and stamp
Meiber A. Perreira
Aux. de Enfermagem
COREN-RR 130.838

Handwritten text
medicações
respiratórias
realizadas

Handwritten signature and stamp
Iran R. da Silva
Téc. Enfermagem
COREN-RR 903.881

Handwritten signature and stamp
Elenilda Lima
Téc. Enfermagem
COREN-RR 664.136

Handwritten signature and stamp
Sidney Almeida da Silva
Técnica em Enfermagem
COREN/RR 001.013.910-TE

Handwritten signature and stamp
Cemai Prowll Litle
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 001.098.361-TE

Jonaci Ruxoto do Nascimento B.E. 208-1

						SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
						SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA										
DATA DE ADMISSÃO			DIH		DN					
PACIENTE			<i>Jonaci Ruxoto</i>							
DIAGNÓSTICO										
ALERGIAS			HAS		NEGA		DM2		NEGA	
IDADE			LEITO		DATA		<i>04/07/18</i>			
ITEM			PRESCRIÇÃO						HORÁRIO	
1			DIETA ORAL LIVRE						<i>SND</i>	
2			AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia						<i>38</i>	
3			CEFALOTINA 1G EV 6/6H						<i>12h 24h</i>	
4			TILATIL 20mg 12/12hs						<i>12h 24h</i>	
5			DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N						<i>5h 12h</i>	
6			TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA						<i>5h</i>	
7			PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						<i>5h</i>	
8			RANITIDINA 50MG EV 8/8HS						<i>14h 22h</i>	
9			SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						<i>5h</i>	
10			SSVV + CCGG 6/6 H						<i>Ratão</i>	
12			CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG						<i>5h</i>	
14			CURATIVO DIARIO							
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 50-70 DL/ML 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Nova Marabá - Tel (95) 311-0620
AUTENTICAÇÃO
17 ABR 2018
Certifico e dou fé que a presente cópia é fiel reprodução Original e foi apresentada neste hospital

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

BEB LOFED
Transferir ao Bloco (118-5)

DOCUMENTO ORIGINAL
28 SET. 2018

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463

Obito Realizado
03 e 04 de 08
monos 4: 55
V.V.

SINAIS VITAIS				
6 H	121x86	75	36.4	-
12 H	110x60	85	36.80	130ml
18 H				
24 H	100x70	84	36.30	

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

Marinalda S. Richil
Aux. Enfermagem
CRF-RR 03901648

NIR
Regulado para leito
BLB as 11:30h
Regulação Interna

15:28
PA - 100x64
FC - 82
11h R. da Silva
11h R. da Silva

18h. PA 111x78
T 36.4
FC 80
V.V.

medicação do
bebê mãe

do, realizado

João Carlos Lins
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 26229

Maria Helena de Lima S. Olyveira
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 973397

Enrique Rodrigues Oliveira
Téc. Enfermagem
COREN-RR 146.404

medicação
respiratória
realizada

Iranildo da Silva
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 903.993

Doni Paciente no leito, estando
em ar ambiente sem Prescrição
do dia, Pré-Operatório, Atividade
e faral, note dor e febre sem
o cuidado de enfermeiro. SSVU
PA: 145 / 79 mmHg
FC: 79 bpm
T: 36.5
Sobee

28. SET. 2018

	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 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
14 - UF			15 - 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)			33 - SÉRIE	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				
34 - ACIDENTE DE TRABALHO		35 - CNPJ DA SEGURADORA		36 - Nº DO BILHETE
37 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		38 - CNPJ EMPRESA		39 - SÉRIE
39 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO				
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

28 SET. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

JANUARI PERKOTO
DO PERICULOS

Data: 05.07.18

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura ligamentar 2°, 3°, 4° e 5° pododermite

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: Redução cruenta e fixação interna

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 0 lesão

CIRURGIÃO: Dr. Lopes

1º AUXILIAR: Dr. C. - Enríquez

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: RAQUÍ

ANESTESISTAS: Dr. Adoniz

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

- Peccato cruento
- Alveolar, antígeno
- Carga estada
- hca. ltra + mra
- hca. e hca. de 5° pododermite
- hca. e hca. de 4° pododermite
- Curoto

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 556

28 SET. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
Secretaria de Saúde

FICHA DE ANESTESIA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO																	
AGENTES	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45		
	02																
LÍQUIDOS VENOSOS																	
CA	°C	240															
X	35	220															
USO	36	200															
Q	38	180															
ANES	34	160															
X	32	140															
OP	30	120															
Q																	
TEMP		100															
ASPR		80															
A		60															
RESP		40															
O		20															
	Expiral																
	Assid																
	Contín																
SÍMBOLOS																	
AGENTES		DOSES		TÉCNICA		ANOTAÇÕES											
A																	
B																	
C																	
D																	
E																	
F																	
G																	
GLICOSE		LÍQUIDOS		Cânula - Nasal / Oro-Faríngea													
INDCO				Naso / Oro-Faríngea - Círculo													
SANGUE				Ból - Temp - Cânula do Tórax													
				Sob a máscara													
				Dificuldade Técnica													
TOTAL				TEMPO DE ANESTESIA													
OPERAÇÃO						Unidário - Espontâneo - Excesso Sanguíneo - Hemorragia - Arterial - "Sucking" - Vômito						Hemorragia - Arterial - Erro Técnico - Choque					
ANESTESIA		CÓDIGO		CIRURGIÃO		PÊNIA SANGÜEA											

PRÉ-ANESTÉSICO

Paciente: Jamaci Peixoto do Nascimento
F. Faio 47
Frente múltiplas do p₂
Trat. Anticancerígeno

Sanguis Tipo: +
Leuc 19.5 Ht 39% Rv 13.5
Hm 4.6 Hc 1e p. Lazo
r Comp Pg 332.00 Urêta 24
creat 0.8 Glc 121 Na mEq
Cl mEq/lk mEq/pH pO2
pCO2 BA BB BS BE
URINA: d 1.005 pH 5 glic Alb
Sedim leucocitúria
Ap. gen. Uri diversa OK
AP. Resp. Empurra
AP. Circ -
AP. Dig -
S. Dateo - Art Fntes atuais
S. Nerv -
S. Endoc -

Hepatograma:
Outros TAP 11.5 TUA 23.5 RNI 0.9
Parâmetro Clínico APTA
PA 120/80 Pulso 87 Temperatura 36

Medicação Pré - Anti.

Medicação Pré - Anti.	DOSE	VIA	HORA

Assinatura: Dr. Marcelo C. Ribeiro
Anestesiologista
CRM/RJ 1478

PÓS-ANESTÉSICOS

[illegible]

28 SET. 2018

FICHA DE ANESTESIA

bon (i)to - fm

- mykfaszellen 7,5 mg (11)
- flutemetil 100 mg (17)

05-07-18

DR. JOSÉ R. A.

01 2015

5 - total karyo (10)
6 - diplooom 2g (10)
7 - eferoom 30m (10)

Ad SRPA

Dr. J. Anne Dineale
Nurses Anesthesiologist
OSUWV 1600 - RDE 634

28 SET. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		47av	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Amici Hírculo do Nascimento		20A-03			05 / 01 / 2019
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Fto cirurgia de fratur/múltiplas de osso		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		16:51	18:25		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		Albino	
º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		R. Taboas / R. J. J. J.	
º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		Yankos	
		CIRCULANTE		Okanochela / Dabson	
TIPO DE ANESTESIA: Sedação + Raquí		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☐	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☐	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO - 500ml	
☐	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
☐	LUVA ESTERIL 8.0		☐	FIO MONONYLON Nº 10	
☐	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☒	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
☐	LÂMINA BISTURINº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
☐	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
☐	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
☐	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
☐	SERINGA 01ML		☐	SURGICEL Abachora (30cm)	
☐	SERINGA 03ML		☐	CERA P/ OSO (10x10x10)	
☐	SERINGA 05 ML		☐	KIT CATARATANº	
☐	SERINGA 10ML		☐	GEOFOAM	
☐	SERINGA 20ML		☐	FITA CARDIACA	
☒	Eletródios		☐	OUTROS: Rivanol 0.5%	
1 Cardeira de O ₂			340ml Alcol 70%		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS SUB- TOTAL TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA SOMA			
	Bruno/ Luciano				
INSTRUMENTADOR (A)	CIRCULANTE DE SALA				
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

28 SET. 2018

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		PRÉ	TRANS	PÓS	PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM			PRÉ	TRANS	PÓS
Atividade relacionada (a) procedimentos transoperatório (b) procedimentos pós-operatórios					Avaliar preparo operatório					
Risco para infecção relacionado (a) intervenção cirúrgica (b) presença de cateter ou sonda.					Orientar paciente sobre o que durante a sua permanência no C.C.					
Risco para aspiração relacionado (a) estado pós-anestésico (b) imobilidade.					Encaminhar paciente a sala de cirurgia					
Dificuldade/ineficaz relacionada (a) estado pós-anestésico (b) imobilidade.					Cuidar para que não esteja fria na recepção do paciente					
Padrão respiratório ineficaz relacionado (a) intervenção do centro respiratório (b) relaxamento muscular.					Manter paciente coberto sem camisola					
Risco para hipotermia relacionado (a) estado de anestesia cirúrgica (b) temperatura ambiental e tóide.					Instalar monitores e oxímetro de pulso					
Risco para trauma relacionado (a) estado anestésico (b) agitação (c) uso de bisturi elétrico.					Auxiliar na colocação do paciente na posição cirúrgica					
Risco para traumatismo (a) pelo posicionamento do operatório.					Seguir rotina de instalação de cuidados com bisturi elétrico					
Integridade da pele prejudicada (a) cirurgia (b) queimadura.					Registrar volume e anotar aspecto do débito urinário de 1/1 hora					
Inabilidade física prejudicada relacionada a estado pós-anestésico cirúrgico.					Controlar drenos frequentes nas primeiras horas de PCI					
Função urinária relacionada (a) diminuição do nível da bexiga pós-anestésica.					Comunicar Enfermagem sobre sangramentos pós-induções e cateteres					
Incontinência intestinal relacionada (a) efeito da anestesia (b) não realização de enema.					Verificar sinais vitais (T, PA, PC, PVC, FR, saturação e perfusão) de 15/15 min. 1h, 3h, 30/30 min 2h, 1/1 hora em diante.					
Necessidade alterada relacionada ao uso do tubo orotraqueal.					Anotar e comunicar enfermeira alterações de padrão respiratório (apnéia, dispnéia, queda da saturação, alterações no nível de consciência).					
Dor relacionada (a) incisão cirúrgica (b) imobilidade.					Anotar volume e aspecto das secreções traqueobrônquicas.					
Inflamação relacionada (a) estado pós-cirúrgico-anestésico (b) efeito medicação.					Observar as condições da pele em relação de placa de placa de bisturi e eletrodos com vistas a queimaduras.					
Evolução de Enfermagem		Relatório de Enfermagem			Fazer encaminhamento da dor/proporcionar relaxamento e mudanças de posição no leito.					
					Manter curativos oclusivos com gaze com drenos.					
					Manter níveis dos leitos elevados.					
					Preparar paciente para alta do C.C.					

28 SEPT. 2018

208.1

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HCR Hospital Geral de Roraima	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		JANOCI PEIXOTO DO NASCIMENTO			
DIAGNÓSTICO		FRATURA do PLE			
ALERGIAS		HAS		NEGA	
IDADE		LEITO		DATA	
48		208-1		05/09/10	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				M. J. J. J.
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				10/11/12
4	TILATIL 20mg 12/12hs				10/11/12
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				SND
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SND
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SND
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				12/11/12
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SND
10	SSV + CCGG 6/6 H				10/11/12
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SND
14	CURATIVO DIARIO				10/11/12
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:					

Ao bloco para programação cirúrgica

Paciente sem de CC a 50cm
cardíaco

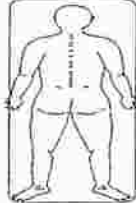
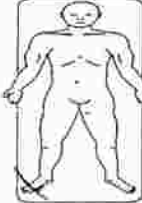
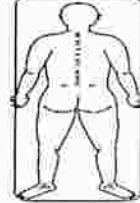
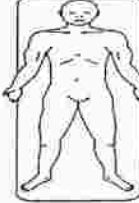
Dr. Jesus A. Lopez Aguiar
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS				
6 H	120x70	83	36°C	
12 H				
18 H				
24 H	120x70	84	36°C	

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

28 SET. 2018

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015 ENF/LEITO: 208-1		

Nome: <u>James Pereira Marcumonte</u>		Localização / Região	
DATA: <u>05.07.10</u>	 	DATA:	 
☒ GRAU - I		☐ GRAU - I	
☐ GRAU - II		☐ GRAU - II	
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra: _____	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara	
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☒ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
Dor:	☒ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☐ Gaze ☒ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: caso de + de 24hs	<u>05.07.10</u>		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Juliane Moreira</u> Auxiliar de Enfermagem	02- <u>Mônica Reis Farias</u> Técnica em Enfermagem COREN-RR 000829.004	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.

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		DN	
PACIENTE		JANEIRO PEREIRA			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		NEGA	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
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 INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
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:

Ao bloco para programação cirúrgica

BEG LOPEZ
Helene
ALTA HOSPITALAR

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463

SINAIS VITAIS

6 H	12 H	18 H	24 H

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

DOCUMENTO ORIGINAL
28 SET. 2018

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
DR. ENO. Eduardo Gomes, S/N
Av. Planalto, Tel. (93) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
07 SET. 2018
Certifico a Dou. F. de que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É 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

Nome completo da vítima

225.691.202-78

JANEI PEIXOTO DO NASCIMENTO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	JANEI PEIXOTO DO NASCIMENTO	CPF titular da conta	225.691.202-78	Profissão	AUTÔNOMO
Endereço	RUA TEMISTOCLES H. TRIBUEIRO	Número	1045	Complemento	
Bairro	ASA BRANCA	Cidade	BOA VISTA	Estado	RORAIMA
Email	LUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM	CEP	69-312-322	Telefone (DDD)	(95) 9116-8367

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.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

3027

(Informar dígito se existir)

59880

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista, 28 de Setembro de 2018

Loc&l e D&t&

DOCUMENTO
ORIGINAL
28 SET. 2018

Janeí Peixoto do Nascimento
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

JANEI PEIXOTO DO NASCIMENTO

CPF da Vítima

225.691.202-78

Data do Acidente

02-07-2018

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.

Rua Vista, 28 de Setembro de 2018

Local e Data

DOCUMENTO
ORIGINAL
28 SET. 2018

Janeí Peixoto do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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					

DrCalc / EasyCalc- Cálculos financeiros e judiciais pela web

<http://drcalc.net/correcao2.asp?descricao=&valor=5.062%2C5...>



Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo

Valor Nominal	R\$ 5.062,50
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	2/7/2018 a 26/2/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	2/7/2018 a 26/2/2019

Dados calculados

Fator de correção do período	239 dias	1,020690
Percentual correspondente	239 dias	2,068993 %
Valor corrigido para 26/2/2019	(=)	R\$ 5.167,24
Juros(239 dias-8,24976%)	(+)	R\$ 426,29
Sub Total	(=)	R\$ 5.593,53
Valor total	(=)	R\$ 5.593,53

Retornar Imprimir