



# PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA

3ª Vara Cível

**Processo 0813700-03.2019.8.23.0010**

**Comarca:** BOA VISTA

**Data de Autuação:** 06/05/2019      **Situação:** Público

**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário

**Assunto Principal:** 9597 - Seguro

**Data Distribuição:** 06/05/2019      **Tipo Distribuição:** Distribuição Automática

## Parte(s) do Processo

**Tipo:** Promovente

**Nome:** FRANCISCA PEREIRA MACHADO

**Data de Nascimento:** Não cadastrada      **RG:** Não cadastrado      **CPF/CNPJ:** 654.306.542-72

### Advogado(s) da Parte

1589NRR      Renata Souza da Rocha

1974NRR      Maycon Quaresma Leitão

**Tipo:** Promovido

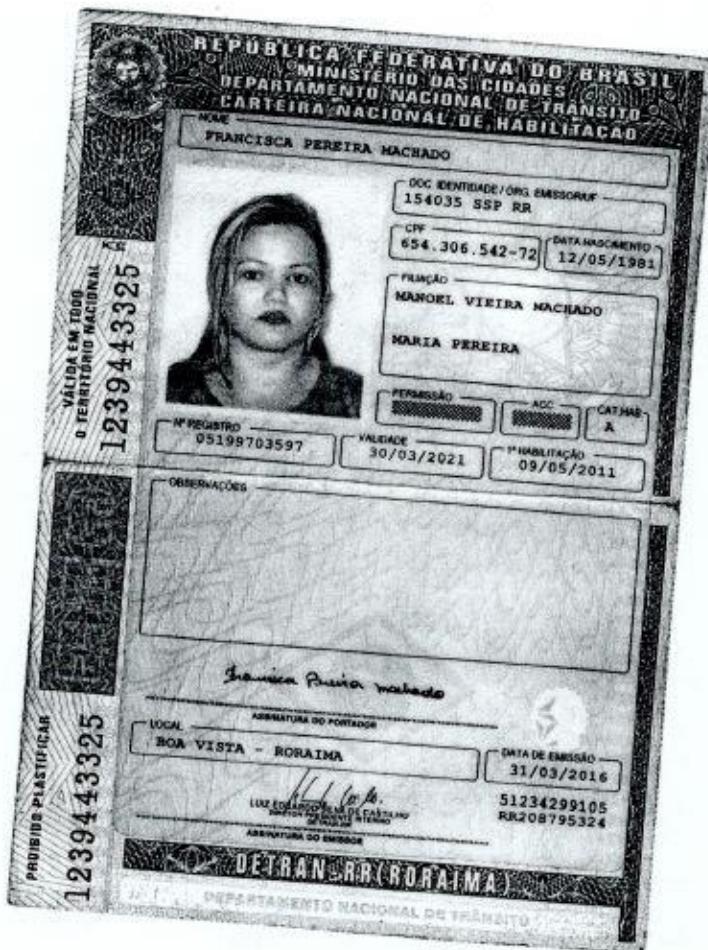
**Nome:** Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

**Data de Nascimento:** Não cadastrada      **RG:** Não cadastrado      **CPF/CNPJ:** 09.248.608/0001-04

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 454 - Dois Irmãos - RR





Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Ené Gómez, 891 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.841.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 398/13

SEU CÓDIGO  
0070373-7

CONTAS MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	06/12/2018	467	368,45

RAINHUNDO VIEIRA RODRIGUES  
R. CC 14 331 LAURA MOREIRA  
CPF: 00060177136200  
CEP: 69.318-065 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.01.347500

DATA DA LEITURA	KWH	KVAH	DATA DA LEITURA
Atual:	37916		Atual: 23/11/2018
Anterior:	37449		Anterior: 23/10/2018
Constante de Multiplicação:	1.000		Próxima Leitura: 21/12/2018
Consumo Médio:	467		Emissão: 22/11/2018
Consumo Faturado:	467	FCAH	Aproximação: 23/11/2018

NORMAL		31			
Classe/Subclasse	Unidade	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2820175	M 1416762	1.1.1.2	426
HISTÓRICO KWH					
Mês/ano consumo					
OUT/18	557	CONSUMO	467 A R\$ 0,733437 =	342,51	
SET/18	395	CORRECAO MONETARIA IG 10/18-00		0,16	
AGO/18	406	MULTA POR ATRASO DE I 10/18-00		0,56	
JUL/18	415	MULTA POR ATRASO 10/18-00		6,34	
JUN/18	378	JUROS DE MORA DE IMPO 10/18-00		0,10	
MAI/18	411	ILUMINACAO PUBLICA		18,78	
ABR/18	470				
MAR/18	425				
FEV/18	449				
JAN/18	359				
TOTAL DE TRIBUTOS					
		0 H 467 - 0,000000			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVALIO DE VENCIMENTO					
TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO 38,50% RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.479 DE 30.10.18. CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (IBV) PODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26 Parabéns! Até o dia 22/11/2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.					

RESERVADO AO FISCO		886,8.9915.4746.3988. A7C6.9D65.3964. B028		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$					
Distribuição:		274,95		Base de Cálculo:	342,51
Energia:		0,00		Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:		0,00		Valor do ICMS:	58,22
Encargos:		0,00		Valor do PIS:	1,65
Tributos:		0,00		Valor do COFINS:	1,65
67,50 CADORES DE CONSUMO/UNIDADE					7,69

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 454 - Boa Vista - RR



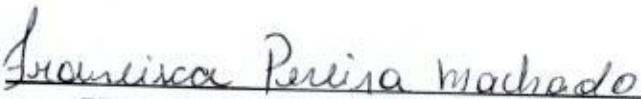
## PROCURAÇÃO "AD JUDITIA"

**Outorgante:** **FRANCISCA PEREIRA MACHADO**, brasileira, solteira, auxiliar administrativa, portadora da carteira de identidade RG Nº 154035 SSP/RR e inscrita no CPF sob o Nº 654306542-72, residente e domiciliada nesta Cidade, na Rua CC 14, Nº 331, CEP. 69.318-065, Bairro Laura Moreira, Município de Boa Vista – RR.

**Outorgado:** **RENATA SOUZA DA ROCHA**, brasileiro, solteira, advogada, inscrito na OAB/RR sob Nº 1589, **ANA KAROLINE LEITÃO VALE**, brasileira, casada, advogada, inscrito na OAB/RR sob Nº 1669 e **MAYCON QUARESMA LEITÃO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob Nº 1974, com escritório localizado no endereço Rua Santa Clara, Nº 593 , Bairro: Centenário, CEP. 69.312-635, Boa Vista – RR, Telefones: (95) 99119-0429, onde deverá receber intimações.

**Poderes específicos:** para representar o (a) outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula "**ad juditia**", bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber e dar quitação.

Boa Vista - RR, 26 de março de 2019.

  
**FRANCISCA PEREIRA MACHADO**  
 CPF.654306542-72

RUA SANTA CLARA, 593, CENTENÁRIO - BOA VISTA-RR  
 (95) 9119-0429 | (95) 9113-3533 | (95) 9115-0318



## **DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

**DECLARANTE: FRANCISCA PEREIRA MACHADO**, brasileira, solteira, auxiliar administrativa, portadora da carteira de identidade RG N° 154035 SSP/RR e inscrita no CPF sob o N° 654306542-72, residente e domiciliada nesta Cidade, na Rua CC 14, N° 331, CEP. 69.318-065, Bairro Laura Moreira, Município de Boa Vista – RR.

**Declaro**, para os devidos fins e a quem interessar que sou pobre no conceito legal, não tendo condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais, com isto necessitando do abrigo da lei 1.060/50 e Art. 98 do Novo Código de Processo Civil.

Boa Vista - RR, 26 de março de 2019.

*Francisca Pereira Machado*  
**FRANCISCA PEREIRA MACHADO**  
**CPF: 654306542-72**

91 - REFRIGERACAO J R LTDA EPP					RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO	
RUA PEDRO RODRIGUES, 1537		69304-180	BOA VISTA / RR	Referente ao mês de Novembro/2018		
CNPJ: 06.111.320/0001-03						
Código		Nome do funcionário		C.C.		
73		FRANCISCA PEREIRA MACHADO		CBO: 4110-05 3 Auxiliar Administrativo		
		Admissão 04/02/2017 CPF 654.306.542-72 PIS 126.24812.66.2		CTPS 02631320 00001-0		
CÓDIGO	DESCRÍCIONES		REFERÊNCIAS	PROVENTOS	DESCONTOS	
	4	Dif. Sal. Retroativo	66,69	66,69		
5	Salário Mensalista	30,00	1.733,85			
9101	I.N.S.S.	9,00				
						162,04
				Totais	1.800,54	162,04
Salário base		Base INSS	Base FGTS	SALÁRIO LÍQUIDO		R\$ 1.638,50
1.733,85		1.800,54	1.800,54	Valor FGTS	144,04	Base IRRF
Declaro ter recebido o valor líquido deste recibo.						1.638,50
06/12/18 Assinatura do funcionário:						



**BRAVO I**

FOLHA DE ATENDIMENTO N° 6183

EQUIPE FOC: Dr. Tiago Mendonça

SAMU 192

Paciente: **FRANCISCA PEREIRA MACHADO**  
 Nacionalidade: **BRASILEIRA**  
 Endereço: **62 41 59**

Idade: **37** Sexo: **P, M, F, N/A**  
 Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia  
 Bairro: **Centro**

Nº **CC.739.**

DATA **10/12/18**

HORA J/9: **8:00** BASE **X** VIA ( ) ( ) RÁDIO  
 HORA J/10: **8:10** CELULAR

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM:

ATENDIMENTO: **112 SOCORRO [ ] TRANSPORTE [ ] ATENDIDO NO LOCAL [ ] OUTRO**

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X) / 1 a 3 horas ( ) / 4 a 24 horas ( ) / Mais de 24 horas ( ) / Não sabe ( )

**AUTOMÓVEL**

- Capotamento
- Atropelamento
- Colisão AUTO x
- Motorista
- Passageiro Banco dianteiro
- Passageiro Banco traseiro

**PEDESTRE**

- Atropelamento
- VIA
- CALÇADA

**AUTOMÓVEL**

- Uso do cinto
- Vítima projetada
- Vítima encarcerada
- Air Bag Activado

**MOTOCICLETA/ BICICLETA**

- Colisão MOTO x CARRO
- Queda de moto
- Atropelamento
- Queda de Bicicleta
- Piloto

**VIOLÊNCIA**

- Ac. Da Trabalho [ ] Local:  Trajeto
- Queda, Altura aprox: \_\_\_\_\_
- Acidente Doméstico
- Quimicada Agente \_\_\_\_\_
- Agredido \_\_\_\_\_
- Agressão p/ animal \_\_\_\_\_

**OUTROS**  
 Outros: \_\_\_\_\_

**VIAS AÉREAS**

**VENTILAÇÃO**

**CIRCULAÇÃO**

**AVAL. NEUROLÓGICA**

- Livre
- Obstrução Parcial
- Obstrução Total
- Corpo estranho
- Edema de Glote
- Outro: \_\_\_\_\_

**Respiração paradoxal**

**Bradicardia**

**S/A**

- MAVDN
- Moise
- Midriase
- Anisocoria [ ] D [ ] E
- Aparência Alcoolizada
- DNY

**Hora**

**P.A mm/hg**

**VENTILACAO**

**CIRCULACAO**

**AVAL. NEUROLÓGICA**

**Inicio** **8:44 120x90**

**Apnéia**

**Bradicardia**

**MAVDN**

**Fim** **9:15 120x80**

**Dispneia**

**Taquicardia**

**D**

**Bradonéia**

**Arritmico**

**Mosis**

**Tequipnéia**

**Enchimento capilar acima de 2"**

**Midriase**

**Roncos**

**Ausente**

**Anisocoria [ ] D [ ] E**

**Siblos**

**Claroce central**

**Aparência Alcoolizada**

**Respiração paradoxal**

**Claroce de extremidade**

**DNY**

**Pele**

**Cabeça**

**Face**

**Pescoco**

**21 FEV 2019**

**Corada**

**Contusão**

**Contusão**

**Escoramento**

**Escoramento**

**Quente**

**Escoriação**

**Escoriações**

**Lacerações**

**Lacerações**

**Fria**

**Laceratura**

**Laceratura**

**Hematoma**

**Distendido**

**Úmida**

**Hematoma**

**Hematoma**

**Tórax instável**

**Em tâbia**

**Seca**

**Afundamento**

**Afundamento**

**Tampamento**

**Doloroso**

**Cianótica**

**Fer. penetrante**

**Mandíbula**

**Fratura Aspirativa**

**Evisceração**

**Pélvis**

**Coluna Dorsal**

**MMSS**

**MMII**

**21 FEV 2019**

**Contusão**

**Contusão**

**Contusão**

**Contusão**

**QUEIMADURAS**

**Escoriações**

**Esco**

**Esco**

**Esco**

**Esco**

**Dor**

**Dor**

**Esco**

**Esco**

**Esco**

**Instabilidade**

**Esco**

**Esco**

**Esco**

**Esco**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_**

Assinatura e Carimbo de Unidade de Destino

CRIT/CRIT 1883

**MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS**

- Polícia Militar
- Guarda Municipal
- SMTRAN
- Bombeiro
- Outros:

OBSERVAÇÕES **21/12/18**

**Stephanie**

- Cancelamento
- Recusa de Atendimento
- Não se encontrava no local
- Recusa de hospitalização
- Trote
- Bombeiro no local:

Iniciada as: \_\_\_\_\_ Término as: \_\_\_\_\_

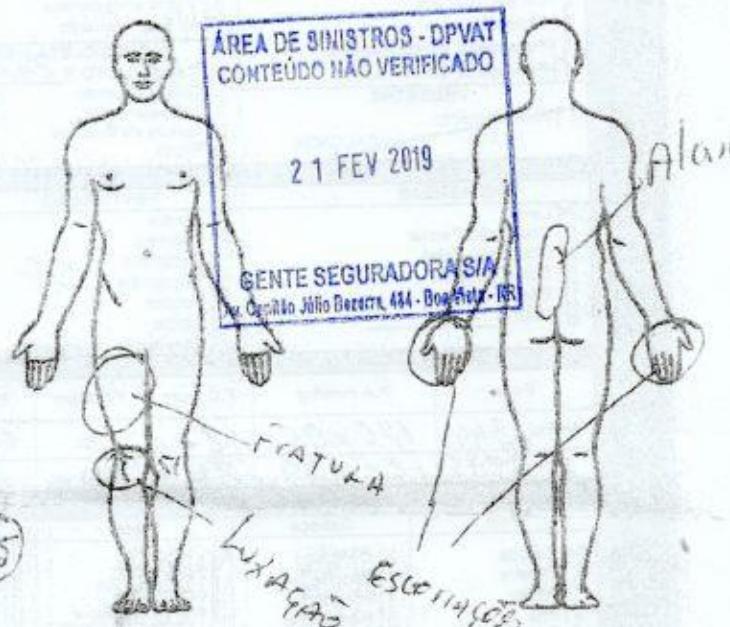
RCP com sucesso \_\_\_\_\_ RCP sem sucesso \_\_\_\_\_

Obs.: \_\_\_\_\_

PER DO P. RE	Função do Receptor:		
	Assinatura do Receptor:		
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:		
	Assinatura do Paciente:	RG:	
TESTEMUNHA 01:	RG:		
TESTEMUNHA 02:	RG:		

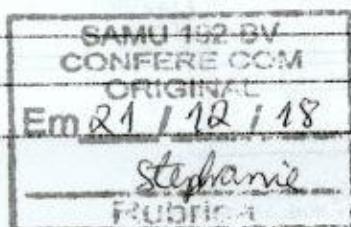
GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana:	Movimentos fetais:	
Perda de líquido:	BCF:	
<input type="checkbox"/> Com cardo	<input type="checkbox"/> Sem cardo	

Abertura ocular	Classificação	Resposta
Outros sintomas provavelmente de etiologia óssea	Experiência	4
Apertura ocular em caso de ag. normal ou em uso de óculos	Aus. Tono	3
Apertura ocular após em estimulação da extensibilidade das dobras	A. Preto	2
Resposta persistente de apertura ocular, sem fatores de incisividade	Resposta	1
Outras fachadas divulgadas na literatura	Não Verificável	NT
Respostas fisiológicas	Resposta	
Resposta atípica relativamente ao normal, isolado ou não	Experiência	3
Resposta não orientada mas comunicativa coerente	Continua	4
Palavras fisiológicas/fisiográficas	Palavras	5
Aperturas gáspicas	Resposta	2
Resposta de resposta inadaptada, sem fatores de incisividade	Atípicas	2
Fazer uso de linguagem com a comunicação	Não Verificável	NT
Respostas indiretas	Resposta	
Compreensão de ordens com 2 palavras	Resposta	6
Resposta de reação indireta ao nível da compreensão de estímulos causados no paciente	Compreensão	5
Flexão rápida do membro superior contrário da cintura, gáspica predominantemente não associada	Flexão	4
Flexão rápida do membro superior normal da cintura, gáspica predominantemente claramente associada	Flexão	3
Extensão do membro superior ao nível da cintura	Extensão	2
Extensão do membro inferior ao nível da cintura	Extensão	5
Fazer uso de linguagem indireta	Não Verificável	NT



#### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Vítima do acidente, como si moto, VITIMA condutora, MOTO, VITIMA encontra-se em DECUBITO DORSAL, SEM CONSCIENCIA, PIGA RESPOSTA VERGAS, E MORADA, VITIMA COM ESCORIAS, EM MÚSCULAS MAIS ESPECIAIS, POSSIVEL FRACTURA EM M.I. D REGIÃO LUMBAR, LUXAÇÃO EM JOELHO DIREITO, LOMBALGIA, ALESIA NA REGIÃO PÉLVICA, REALIZADO ANALGÉSIA COM 2G DIPIRONA, ABD em N.S. E IMOBILIZAÇÃO DA CERVICAL, IMOBILIZAÇÃO DO M.I. D, PRANCHA RIGIDA E ACONTECENDO AO G.T. C.O.R



*Stephanie*  
LANDOMAR SIMÕES  
Londomar Entomologia  
COPENRR 799.880-76  
Assinatura e carimbo do profissional



BLOCO A1

FORMATO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNACAO HOSPITALARÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

HGR

HGR

08/05/2019

Francisco Pereira Moreira

700090293642913913

32105183

167628

Maria Pereira

Rua CC 14 - 333 - Serrador Helio Campes

Boca Vista

R.B.

## JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

Paciente vítima de acidente de trânsito (moto) evoluindo com dor intensa contuso em fco direito e coxa direita. Rx evidencia fratura de fco direito

TRATAMENTO CIRÚRGICO

ATÉ OS RESULTADOS DE EXAMES PEDIADOS

tx. fco + rx

Fratura fco direito



## PROCEDIMENTO SOLICITADO

25-000001-000000000000

26 - DOCUMENTO

TENS

1 - CNP

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - N.º DO HABETE

33 - N.º DO SORTE

34 - N.º DO CÓDIGO

35 - N.º DO CÓDIGO

36 - N.º DO CÓDIGO

37 - N.º DO CÓDIGO

38 - N.º DO CÓDIGO

39 - N.º DO CÓDIGO

40 - N.º DO CÓDIGO

41 - N.º DO CÓDIGO

42 - N.º DO CÓDIGO

43 - N.º DO CÓDIGO

44 - N.º DO CÓDIGO

45 - N.º DO CÓDIGO

46 - N.º DO CÓDIGO

47 - N.º DO CÓDIGO

48 - N.º DO CÓDIGO

49 - N.º DO CÓDIGO

50 - N.º DO CÓDIGO

51 - N.º DO CÓDIGO

52 - N.º DO CÓDIGO

53 - N.º DO CÓDIGO

54 - N.º DO CÓDIGO

55 - N.º DO CÓDIGO

56 - N.º DO CÓDIGO

57 - N.º DO CÓDIGO

58 - N.º DO CÓDIGO

59 - N.º DO CÓDIGO

60 - N.º DO CÓDIGO

61 - N.º DO CÓDIGO

62 - N.º DO CÓDIGO

63 - N.º DO CÓDIGO

64 - N.º DO CÓDIGO

65 - N.º DO CÓDIGO

66 - N.º DO CÓDIGO

67 - N.º DO CÓDIGO

68 - N.º DO CÓDIGO

69 - N.º DO CÓDIGO

70 - N.º DO CÓDIGO

71 - N.º DO CÓDIGO

72 - N.º DO CÓDIGO

73 - N.º DO CÓDIGO

74 - N.º DO CÓDIGO

75 - N.º DO CÓDIGO

76 - N.º DO CÓDIGO

77 - N.º DO CÓDIGO

78 - N.º DO CÓDIGO

79 - N.º DO CÓDIGO

80 - N.º DO CÓDIGO

81 - N.º DO CÓDIGO

82 - N.º DO CÓDIGO

83 - N.º DO CÓDIGO

84 - N.º DO CÓDIGO

85 - N.º DO CÓDIGO

86 - N.º DO CÓDIGO

87 - N.º DO CÓDIGO

88 - N.º DO CÓDIGO

89 - N.º DO CÓDIGO

90 - N.º DO CÓDIGO

91 - N.º DO CÓDIGO

92 - N.º DO CÓDIGO

93 - N.º DO CÓDIGO

94 - N.º DO CÓDIGO

95 - N.º DO CÓDIGO

96 - N.º DO CÓDIGO

97 - N.º DO CÓDIGO

98 - N.º DO CÓDIGO

99 - N.º DO CÓDIGO

100 - N.º DO CÓDIGO

101 - N.º DO CÓDIGO

102 - N.º DO CÓDIGO

103 - N.º DO CÓDIGO

104 - N.º DO CÓDIGO

105 - N.º DO CÓDIGO

106 - N.º DO CÓDIGO

107 - N.º DO CÓDIGO

108 - N.º DO CÓDIGO

109 - N.º DO CÓDIGO

110 - N.º DO CÓDIGO

111 - N.º DO CÓDIGO

112 - N.º DO CÓDIGO

113 - N.º DO CÓDIGO

114 - N.º DO CÓDIGO

115 - N.º DO CÓDIGO

116 - N.º DO CÓDIGO

117 - N.º DO CÓDIGO

118 - N.º DO CÓDIGO

119 - N.º DO CÓDIGO

120 - N.º DO CÓDIGO

121 - N.º DO CÓDIGO

122 - N.º DO CÓDIGO

123 - N.º DO CÓDIGO

124 - N.º DO CÓDIGO

125 - N.º DO CÓDIGO

126 - N.º DO CÓDIGO

127 - N.º DO CÓDIGO

128 - N.º DO CÓDIGO

129 - N.º DO CÓDIGO

130 - N.º DO CÓDIGO

131 - N.º DO CÓDIGO

132 - N.º DO CÓDIGO

133 - N.º DO CÓDIGO

134 - N.º DO CÓDIGO

135 - N.º DO CÓDIGO

136 - N.º DO CÓDIGO

137 - N.º DO CÓDIGO

138 - N.º DO CÓDIGO

139 - N.º DO CÓDIGO

140 - N.º DO CÓDIGO

141 - N.º DO CÓDIGO

142 - N.º DO CÓDIGO

143 - N.º DO CÓDIGO

144 - N.º DO CÓDIGO

145 - N.º DO CÓDIGO

146 - N.º DO CÓDIGO

147 - N.º DO CÓDIGO

148 - N.º DO CÓDIGO

149 - N.º DO CÓDIGO

150 - N.º DO CÓDIGO

151 - N.º DO CÓDIGO

152 - N.º DO CÓDIGO

153 - N.º DO CÓDIGO

154 - N.º DO CÓDIGO

155 - N.º DO CÓDIGO

156 - N.º DO CÓDIGO

157 - N.º DO CÓDIGO

158 - N.º DO CÓDIGO

159 - N.º DO CÓDIGO

160 - N.º DO CÓDIGO

161 - N.º DO CÓDIGO

162 - N.º DO CÓDIGO

163 - N.º DO CÓDIGO

164 - N.º DO CÓDIGO

165 - N.º DO CÓDIGO

166 - N.º DO CÓDIGO

167 - N.º DO CÓDIGO

168 - N.º DO CÓDIGO

169 - N.º DO CÓDIGO

170 - N.º DO CÓDIGO

171 - N.º DO CÓDIGO

172 - N.º DO CÓDIGO

173 - N.º DO CÓDIGO

174 - N.º DO CÓDIGO

175 - N.º DO CÓDIGO

176 - N.º DO CÓDIGO

177 - N.º DO CÓDIGO

178 - N.º DO CÓDIGO

179 - N.º DO CÓDIGO

180 - N.º DO CÓDIGO

181 - N.º DO CÓDIGO

182 - N.º DO CÓDIGO

183 - N.º DO CÓDIGO

184 - N.º DO CÓDIGO

185 - N.º DO CÓDIGO

186 - N.º DO CÓDIGO

187 - N.º DO CÓDIGO

188 - N.º DO CÓDIGO

189 - N.º DO CÓDIGO

190 - N.º DO CÓDIGO

191 - N.º DO CÓDIGO

192 - N.º DO CÓDIGO

193 - N.º DO CÓDIGO

194 - N.º DO CÓDIGO

195 - N.º DO CÓDIGO

196 - N.º DO CÓDIGO

197 - N.º DO CÓDIGO

198 - N.º DO CÓDIGO

199 - N.º DO CÓDIGO

200 - N.º DO CÓDIGO

201 - N.º DO CÓDIGO

202 - N.º DO CÓDIGO

203 - N.º DO CÓDIGO

204 - N.º DO CÓDIGO

205 - N.º DO CÓDIGO

206 - N.º DO CÓDIGO

207 - N.º DO CÓDIGO

208 - N.º DO CÓDIGO

209 - N.º DO CÓDIGO

210 - N.º DO CÓDIGO

211 - N.º DO CÓDIGO

212 - N.º DO CÓDIGO

213 - N.º DO CÓDIGO

214 - N.º DO CÓDIGO

215 - N.º DO CÓDIGO

216 - N.º DO CÓDIGO

217 - N.º DO CÓDIGO

218 - N.º DO CÓDIGO

219 - N.º DO CÓDIGO

220 - N.º DO CÓDIGO

221 - N.º DO CÓDIGO

222 - N.º DO CÓDIGO

223 - N.º DO CÓDIGO

224 - N.º DO CÓDIGO

225 - N.º DO CÓDIGO

226 - N.º DO CÓDIGO

227 - N.º DO CÓDIGO

228 - N.º DO CÓDIGO

229 - N.º DO CÓDIGO

230 - N.º DO CÓDIGO

231 - N.º DO CÓDIGO

232 - N.º DO CÓDIGO

233 - N.º DO CÓDIGO

234 - N.º DO CÓDIGO

235 - N.º DO CÓDIGO

236 - N.º DO CÓDIGO

237 - N.º DO CÓDIGO

238 - N.º DO CÓDIGO

239 - N.º DO CÓDIGO

240 - N.º DO CÓDIGO

241 - N.º DO CÓDIGO

242 - N.º DO CÓDIGO

243 - N.º DO CÓDIGO

244 - N.º DO CÓDIGO

245 - N.º DO CÓDIGO

246 - N.º DO CÓDIGO

247 - N.º DO CÓDIGO

248 - N.º DO CÓDIGO

249 - N.º DO CÓDIGO

250 - N.º DO CÓDIGO

251 - N.º DO CÓDIGO

252 - N.º DO CÓDIGO

253 - N.º DO CÓDIGO

254 - N.º DO CÓDIGO

255 - N.º DO CÓDIGO

256 - N.º DO CÓDIGO

257 - N.º DO CÓDIGO

258 - N.º DO CÓDIGO

259 - N.º DO CÓDIGO

260 - N.º DO CÓDIGO

261 - N.º DO CÓDIGO

262 - N.º DO CÓDIGO

263 - N.º



118-3

**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**  
**PREScrição MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE <b>FRANCISCA PEREIRA MACHADO</b>		
AGNÓSTICO <b>FX FEMUR d</b>		
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE <b>37</b>	LEITO	<b>118-3</b>
ITEM	HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SF0,9% 500ML S/N EV	
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS <i>SUSPENSO!</i>	
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	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	
10	CURATIVO DIÁRIO	
11	SSVV + CCGG 6/6 H	
12	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ	
13		
14		
16		

**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:**

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	120/80	60		36°C
18 H				
24 H	120/80	86		36,5

MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA  
 E TRAUMATOLOGIA  
 MARCOS AGUIAR  
 CRM 1995-RR

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT**  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 FEV 2019

**GENTE SEGURADORA S/A**  
 Av. Capitão Júlio Dantas, 484 - Boa Vista - RR

Francisco Pereira Machado  
 CRM 1995-RR  
 13 - Dípirona (2g) ev 6/6h (18) 24h 06 12h  
 14 - Morfina 10mg + 10ml - Fazer 3ml (ev)  
 x dor forte 6/6h. s/n

Tarde - Paciente estável,  
 c/ dificuldade p/ urinar, fez compressa gelada.  
 c/ resultado. (consegui urinar).  
 Quis que retirasse o AV.P.  
 pq está s1 dor.

Maria Fernanda Oliveira  
 Auxiliar de Enfermagem  
 CORENRR 009 184 081

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PREScrição MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE <b>FRANCISCA PEREIRA MACHADO</b>					
AGNÓSTICO <b>FX FEMUR d</b>					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE		37	LEITO	118-3	DATA
ÍTEM		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF0,9% 500ML S/N EV				SN
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				12 18 21º R6
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				
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)				SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				Puncilina
11	SSVV + CCGG 6/6 H				Retina
12	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ				JO
13					
14					
16					
<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; $\geq$ 400: 10 UI <u>E OU</u> GLICOSE $\leq$ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML. EV + AVISAR PLANTONISTA					
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>					
<b>SINAIS V</b> 6 H 12 H 18 H 24 H		<b>PA</b> 120/72 140/80 124/80	<b>FC</b> 96 92 78	<b>FR</b> 36,6 36 6,50	<b>TEMP</b> 36,6 36 6,50
<b>MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b>MARCOS AGUIAR</b> CRM 1995/21					

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Rio Vista - RR

118-3: As 6h: o A paciente que esteve medicada 1 flm ml -  
necessita intercorrência

Josiane de Souza Araújo  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-RR 000.461.072

118-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	francisca PEREIRA MACHADO			
AGNÓSTICO	FX FEMUR d			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	118-3	DATA	13/12/2018
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	SF0,9% 500ML S/N EV			SN
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			S
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS			12-18, 24-06
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)			SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			
10	CURATIVO DIÁRIO			Curativo Roraima
11	SSVV + CCGG 6/6 H			
12	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ			10-
13				
14				
16				

SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI;  $\geq$  400: 10 UI E OU GLICOSE  $\leq$  70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PI ANTONISTA

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

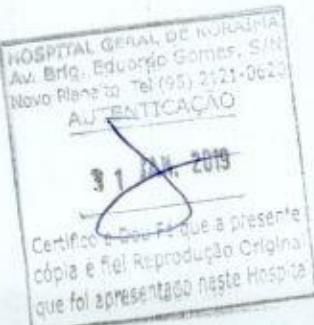
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	100x70	83		36,3
12 H	104x60	91		36,1
18 H	110x70	85		36,9
24 H	100x60	87		36,5

MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA  
E TRAUMATOLOGIA  
MARCOS AGUIAR  
CRM 1995-RR

Marisa R. Silva  
Enfermeira  
CRM-RR 437581 TE

118-3  
06/05/2018 - Pelo meu ato, verificado SSVV, sem desvios, rachas, medicos de horário  
e p.m. e segue aos cuidados  
Médica: Marisa R. Silva  
Enfermeira: CRM-RR 437581 TE

118-3  
Paciente medicado CRM-RR 437581 TE  
Ginecologista: Sintos Pereira  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 751.380-TEC



Processo: 0813700-03.2019.8.23.0010 - Ref. mov. 1.8  
19: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: PRONTUÁRIO MÉDICO. Assinado por: RENATA SOUZA DA ROCHA:00130129240RENATA SO

Página 1

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		Protocolo nº 1	Atualizada: 13/01/2019
Assinado em: 21 FEV 2019 Assinado por: RENATA SOUZA DA ROCHA:00130129240RENATA SO		Paciente: Renata Souza da Rocha	Verão:
Localização:		Leito: 168-3	Data: 13/12/118
 <b>Região:</b> m.d		 <b>Região:</b> _____	
<b>Etiologia:</b> <input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>Tracção</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tracção</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	
<b>Aparência do Leito:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros		<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	
<b>Perilesional:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	
<b>Pronto de Exsudato:</b> <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	
<b>Exsudato:</b> <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	
<b>Solução de Limpeza:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	
<b>Cobertura primária:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	
<b>Tróca:</b> <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	
<b>Observações:</b> <p><i>Enfardada do 1. Sime</i> <i>Luzinha Tratado Sanguíneo</i> <i>ausiliar da inflamação</i> <i>Luzinha</i></p>			

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE francisca PEREIRA MACHADO				
AGNÓSTICO	FX FEMUR d			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	118-3	DATA	14/12/2018
ITEM	HORARIO			
1	DIETA ORAL LIVRE			5 ND
2	SF0,9% 500ML S/N EV			SN
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS			
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)			SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			
10	CURATIVO DIÁRIO			
11	SSVV + CCGG 6/6 H			
12	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ			
13				
14				
16				

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI,  $\geq 400$ : 10 UI E QUÍ GLICOSE  $\leq 70$  DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	123x89	79	—	36 <sup>2</sup>
18 H	119x74	80	17	36,5
24 H	101x67	75	18	35,5°C

MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA  
E TRAUMATOLOGIA  
MARCOS AGUIAR  
CRM 1895-RR

118-3

Notas: 20 15/12/18  
OU 5hs

12 (8) 24 (06) recesso

Curativo  
Rotina  
10

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

12h pente consciente orientado  
ADM unid cpm negar  
dec finone  
coram 2502

Noite - Paciente estavel  
s/ queixas  
pt. m cpm + SSVV

Harm Martene C. Alencar  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN/RR 001.178.027

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE francisca PEREIRA MACHADO					
AGNÓSTICO FX FEMUR d					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE		LEITO	118-3	DATA	15/12/2018
ÍTEM HORÁRIO					
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	SF0,9% 500ML S/N EV				SN
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				SN
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				12/18/24/06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	CURATIVO DIÁRIO				curativo
11	SSVV + CCGG 6/6 H				retina
12	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ				se
13					
14					
16					
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 DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR
6 H	100x60	70	20	36	
12 H	100x60	73			
18 H	114x77	76			
24 H	103x67	80			

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 FEB 2019
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

Dr. Fernando Rezende  
Médico Residente de Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1995-RR

06 h 100x60 70  
Liaquei Lili 100  
Tecmox de 60  
CORCH-PA 100x60

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		Protocolo nº 1	Verificação: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2013
Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas -	Paciente: <i>Farmacutica Pinheiros Machado</i>	21 FEM GENE SEGURO Centro JNIO Bento	Leito: 118 - 3	Data: 15 / 12 / 18	
Localização	Região: <i>abd</i>		Região: <i>abd</i>		
Etiologia	( <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?*) ( <input type="checkbox"/> Queimadura ( <input type="checkbox"/> Cirurgia ( <input type="checkbox"/> DM ( <input type="checkbox"/> Vascular ( <input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo ( <input type="checkbox"/> ortopedia ( <input type="checkbox"/> Outro:	( <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?*) ( <input type="checkbox"/> Queimadura ( <input type="checkbox"/> Cirurgia ( <input type="checkbox"/> DM ( <input type="checkbox"/> Vascular ( <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo ( <input type="checkbox"/> ortopedia ( <input type="checkbox"/> Outro:	( <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( <input type="checkbox"/> Esfacelo ( <input type="checkbox"/> Granulação ( <input type="checkbox"/> Epitelização ( <input type="checkbox"/> Leito ( <input type="checkbox"/> Ferida fechada ( <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda ( <input checked="" type="checkbox"/> Outros ( <input checked="" type="checkbox"/> Nôrmal ( <input type="checkbox"/> Macerado ( <input type="checkbox"/> seca ( <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor ( <input type="checkbox"/> Outro:	( <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( <input type="checkbox"/> Esfacelo ( <input type="checkbox"/> Granulação ( <input type="checkbox"/> Epitelização ( <input type="checkbox"/> Ferida Fechada ( <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda ( <input type="checkbox"/> Outros ( <input type="checkbox"/> Normal ( <input type="checkbox"/> Macerado ( <input type="checkbox"/> seca ( <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor ( <input type="checkbox"/> Outro:	( <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ( <input type="checkbox"/> Esfacelo ( <input type="checkbox"/> Granulação ( <input type="checkbox"/> Epitelização ( <input type="checkbox"/> Ferida Fechada ( <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda ( <input type="checkbox"/> Outros ( <input type="checkbox"/> Normal ( <input type="checkbox"/> Macerado ( <input type="checkbox"/> seca ( <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor ( <input type="checkbox"/> Outro:
Aparência do tipo de Exsudato	( <input type="checkbox"/> Purulento ( <input type="checkbox"/> Seroso ( <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento ( <input type="checkbox"/> Serossanguíneo ( <input type="checkbox"/> Seco ( <input type="checkbox"/> Outro:	( <input type="checkbox"/> Purulento ( <input type="checkbox"/> Seroso ( <input type="checkbox"/> Sanguinolento ( <input type="checkbox"/> Serossanguíneo ( <input type="checkbox"/> Seco ( <input type="checkbox"/> Outro:	( <input type="checkbox"/> Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> Úmido ( <input type="checkbox"/> Seco ( <input type="checkbox"/> Seco	( <input type="checkbox"/> Molhado ( <input type="checkbox"/> Úmido ( <input type="checkbox"/> Seco	( <input type="checkbox"/> Molhado ( <input type="checkbox"/> Úmido ( <input type="checkbox"/> Seco
Quantidade de Exsudato	( <input type="checkbox"/> Cobertura primária	( <input type="checkbox"/> Solução de Limpeza	( <input type="checkbox"/> Cobertura primária	( <input type="checkbox"/> Solução de Limpeza	( <input type="checkbox"/> Cobertura primária
realizou procedimento:	<i>Tróca</i>	<i>Tróca</i>	<i>Tróca</i>	<i>Tróca</i>	<i>Tróca</i>
Observações:	<i>Silviano Pinto F. de Siqueira Técnico de Enfermagem 00130129240331</i>	<i>Renata Souza da Rocha Auxiliar de Enfermagem COREN-SP 449.705</i>	<i>Renata Souza da Rocha Auxiliar de Enfermagem COREN-SP 449.705</i>	<i>Renata Souza da Rocha Auxiliar de Enfermagem COREN-SP 449.705</i>	<i>Renata Souza da Rocha Auxiliar de Enfermagem COREN-SP 449.705</i>

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE francisca PEREIRA MACHADO					
AGNÓSTICO FX FEMUR d					
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO	118-3	DATA	16/12/2018	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	SF0,9% 500ML S/N EV				S/N
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				S/N
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				18/21/06/18
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				Atm (cav)
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N
10	CURATIVO DIÁRIO				A.O S.T.F
11	SSVV + CCGG 6/6 H				Routine
12	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ				20
13					
14					
16					

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:

SINAIS VÍ	PA	FC	FR	TEMP
6 H	101/67	71		36.41
12 H	120X74	75		36°
18 H	120/78	70		36°
24 H	101/69	77		—

MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA  
E TRAUMATOLOGIA  
MARCOS AGUIAR  
CRM 1995-RO



Plantão fm supressor evoluiu  
estável sem febre. fm

#### Plantão Noturno

Adm. medicações CRM. Adendo

SSVV. Segue aos cuidados da

enfermagem

Sonali Marvalho  
Téc. em Enfermagem  
CRM 10070098-RO



118-3

**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**  
**PREScrição MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE francisca PEREIRA MACHADO				
AGNÓSTICO FX FEMUR d				
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	118-3	DATA	17/12/2018
ÍTEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SN
2	SF0,9% 500ML S/N EV			CSN
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS			18 18 20:46
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)			SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			
10	CURATIVO DIÁRIO			Wmtojino
11	SSVV + CCGG 6/6 H			Rádimo
12	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA PELA MANHÃ			10
13				
14				
16				

**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:**

SINAIS VÍ	PA	FC	FR	TEMP
6 H	105/64	78		36.2C
12 H	106/60	70		36.2C
18 H	106/63	84		35.8C
24 H	104/68	85	-	35.8C

MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA  
 E TRAUMATOLOGIA  
 MARCOS AGUIAR  
 CRM 1995-RR

Dr. Fernando Rezende  
 Médico Residente de Ortopedia e Traumatologia  
 CRM 1995-RR

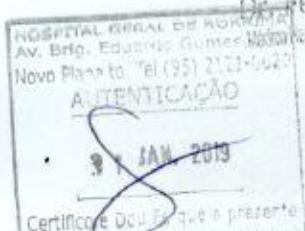
12/18 paciente em evolução  
 paciente medicado com epo  
 e ssg/100 seguiu seu andamento  
 e friso ob. se informar.

↑ paciente evolução alta  
 para aguardar procedimento  
 cirúrgico seu seu dia  
 cílis.

06h pet no leito feito medicamentos  
 de horários epo ssg/100 feita sem  
 queixas segue aos cuidado da  
 enfermeira de dia.

Dra. Fabiana  
 COREP/RR/0177-TE

No livro de enfermagem  
 consta Transferência P/ O. letto em  
 dia 18/12/2018.



<p style="text-align: right;">Página 2</p> <p>5/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: PRONTUÁRIO MÉDICO HGR. Assinado por: RENATA SOUZA DA ROCHA:00130129240RENATA SOUZA DA ROCHA:00130129240</p>	
<b>ÁREA DE SINAIS - CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</b>	
<b>FEV 2019</b>	
<b>Núcleo de Enfermagem em</b> <b>Protocolo nº 1</b>	
<b>Prontuário de Feridas -</b> <b>HGR</b>	
<b>Paciente:</b> Francisco - Pátria Machado <b>Leito:</b> 108 - 3	<b>Data:</b> 17/12/18
 <b>GENTE SEGURADORA</b> <i>Ex-Capitão Mila</i>	
<b>Localização</b> 	<b>Região:</b> M - I - D 
<b>Etiologia</b> <input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV * <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tracção <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV * <input checked="" type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> DM <input checked="" type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tracção <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:
<b>Aparência do Leito</b> <input checked="" type="checkbox"/> Nêvre: Amarela/Negra <input checked="" type="checkbox"/> Esfáculo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input checked="" type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Férda fechada <input checked="" type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input checked="" type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input checked="" type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Nêvre: Amarela/Negra <input checked="" type="checkbox"/> Esfáculo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input checked="" type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Férda Fechada <input checked="" type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input checked="" type="checkbox"/> Outros <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input checked="" type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:
<b>Pele Perilesional</b> <input checked="" type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input checked="" type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input checked="" type="checkbox"/> Outro:
<b>Quantidade de Exsudato</b> <input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco
<b>Solução de Limpeza</b> <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input checked="" type="checkbox"/> Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input checked="" type="checkbox"/> Álcool 70%
<b>Cobertura primária</b> <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input checked="" type="checkbox"/> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input checked="" type="checkbox"/> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro:
<b>Troca</b> <input checked="" type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input checked="" type="checkbox"/> 48/48h	<input checked="" type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input checked="" type="checkbox"/> 48/48h
<b>Profissional que realizou procedimento:</b> <i>R. Soares Costa</i> <i>Técnico em Enfermagem</i> <i>COREN-RR 599-290</i>	<i>R. Soares Costa</i> <i>Técnico em Enfermagem</i> <i>COREN-RR 599-290</i>
<b>Observações:</b> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	



## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:			Idade: _____
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Padrão	<input type="checkbox"/> Contato	<input type="checkbox"/> Gotícula - aerosol <input type="checkbox"/> Gotícula - perdigões
Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual (is): _____		
Necessidade de Intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual idioma: _____		
Possui acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Obs: _____		
Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem deambulação <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante			

<b>SISTEMA NEUROLOGO</b>			<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>		
<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Torposo	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Hipertenso
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Pulso Cheio	<input type="checkbox"/> Filiforme	<input type="checkbox"/> Arrítmico
<b>PUPILAS</b>			<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>		
<input type="checkbox"/> Fotorreagente	<input type="checkbox"/> Mióticas	<input type="checkbox"/> Midriática	<input type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNE/SOE
<input type="checkbox"/> Isocôricas	<input type="checkbox"/> Anisocôricas	<input type="checkbox"/> Não reagentes	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>			<b>EVACUAÇÕES</b>		
<input type="checkbox"/> Afebril	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertérmico	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Colostomia
<input type="checkbox"/> Febril	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Pirexia	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Constipação
<input type="checkbox"/> Hiperpirexia			<input type="checkbox"/> Flatos:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente
<b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b>			<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>		
<input type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Globoso
<input type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipercorada	<input type="checkbox"/> Ascítico	<input type="checkbox"/> Maciço	<input type="checkbox"/> Flácido
<input type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Cianótica	Ruidos Hidroáreos:	<input type="checkbox"/> Timpânico	<input type="checkbox"/> 21 FEV 2019
<input type="checkbox"/> Aclanótica	<input type="checkbox"/> Edema Local:		<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	
Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Visceromegalias:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Região:					
Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b>		
<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Anúria
Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Poliúria	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Cistostomia
Qual:			<input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Irrigação contínua	<input type="checkbox"/> Uropênia
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b>					
Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: _____	Data: _____	Trocárem:		
Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocárem:		
Sinais de Infecção no sítio da punção:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> Lavagem	Sifonagem		
Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____	Quantidade: _____			
Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data da Instalação: _____	Trocárem:			
Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipo: _____	Local: _____			
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>					
<input type="checkbox"/> Deglutição	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	<input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada	<input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Risco de constipação	<input type="checkbox"/> Risco de quedas	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Incontinência intestinal	<input type="checkbox"/> Dor aguda	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	<input type="checkbox"/> Dor crônica	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Conforto prejudicado	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input type="checkbox"/>			

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGUROADORA S/A  
Av. Presidente Vargas, 111 - Centro - Rio de Janeiro - RJ  
CNPJ: 00.130.129/0001-00







53,9 %

10/12/2018 09:37:41

81,1 %

10/12/2018 09:37:41

, FRANCISCA PEREIRA MACHADO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



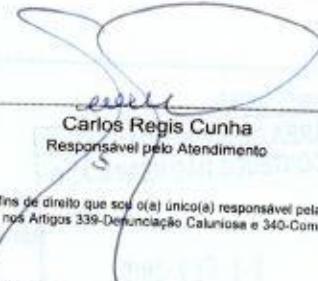


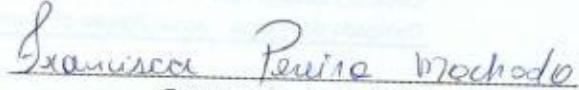
**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 002941/2019

**ASSINATURAS**

  
Carlos Regis Cunha  
Responsável pelo Atendimento

  
Francisca Pereira Machado  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e cliente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

**DAT**

05 FEV. 2019

AGENTE DE PÚBLICO  
CONFIRIDOR

MAT. 42000372

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Ceará Júlio Bezerra, 444 - Boa Vista - RR



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

Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190165988

Vítima: FRANCISCA PEREIRA MACHADO

Data do Acidente: 10/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), FRANCISCA PEREIRA MACHADO

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada. Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13995689

Pag. 0160301604 - carta\_07 - INVALIDEZ

