



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Cartão de Indenização de IMI

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Nazario Sifonio da Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 01301157230 EXPEDIDO POR Detran RR EM 13/03/13 E
 CPF 225304282-04 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO autônomo
 E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Nazario Sifonio da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2617-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 12463-X

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

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

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

Boa Vista-RR 23 de Agosto de 2016 Nazario Sifonio da Silva
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradoraonline.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0271204

05/07/2016 - BANCO DO BRASIL - 16:49:08
783771567 0077

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: HAZAR D. SILVERIO DA SILVA
AGENCIA: 2517-4 CONTA: 12.463-X

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BPM
INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

04 SET 2016

Banco do Brasil S.A.
Av. Getulio Vargas, 45 - 15054-900
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20040-900

Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2016

Carta nº: 9869159

A/C: NAZARIO SILVERIO DA SILVA

Sinistro: 3160613761 ASL-1098024/16
Vitima: NAZARIO SILVERIO DA SILVA
Data Acidente: 14/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2016

Carta nº: 9882594

A/C: NAZARIO SILVERIO DA SILVA

Sinistro: 3160613761 ASL-1098024/16
Vítima: NAZARIO SILVERIO DA SILVA
Data Acidente: 14/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10250124

A/C: NAZARIO SILVERIO DA SILVA

Sinistro: 3160613761 ASL-1098024/16
Vitima: NAZARIO SILVERIO DA SILVA
Data Acidente: 14/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
COMANDO OPERACIONAL
COMPANHIA DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA



REGISTRO N°: 0015702
OCORRÊNCIA: ☒ TRAUMA ☐ CLÍNICO
CÓDIGO: T-05
REG. DE REFERÊNCIA: —

DATA	VIATURA	ÁREA DE ATUAÇÃO	HORÁRIOS	SAÍDA DA OBM	NO LOCAL	NA UNID. SAÚDE	NA OBM
14/01/16	Rua Ol	<input checked="" type="checkbox"/> Leste <input type="checkbox"/> Oeste		18h58min	19h01min	19h17min	19h37min

1. DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

ENDEREÇO: A. Gephilio Vargas Nº 5/N BAIRRO: São Vicente

CIDADE: Boa Vista PONTO DE REFERÊNCIA:

LOCAL DA OCORRÊNCIA ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO:

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: Nazário Silveiro da Silva R.G.: 154103/R

D.N.: 28/06/66 IDADE: 49 SEXO: ☒ Masculino ☐ Feminino NECESSIDADES ESPECIAIS: ☐ SIM ☒ NÃO

ENDEREÇO: Rua Pinto Martins N 1086 BAIRRO: Altoponto

CIDADE: Boa Vista Telefone: 99145-6227

3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

☐ Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso o atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.

☐ O paciente/vítima recusou assinar o Termo de Recusa de Atendimento.

Assinatura do paciente/vítima: _____ RG N°: _____ SSP/

Testemunha: _____ RG N°: _____ SSP/

Testemunha: _____ RG N°: _____ SSP/

4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Acima de 5 anos)

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. À dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado <input type="checkbox"/> 4. Confuso <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2. Sons incomp./ Gemidos <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais <input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. Reage a dor <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	15 Pontos

5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Abaixo de 5 anos)

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
<input type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. À dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 5. Palavras/ sorriso/ Olhar acompanha <input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado <input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente <input type="checkbox"/> 2. Agitação <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros <input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. sente dor, mas não retira <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	/ Pontos

6. SINAIS VITAIS

PA: — FR: — FC: —

SPO2: — Temperatura: —

7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

ALERGIA: ☒ NÃO ☐ SIM - QUAL (s):

USO DE MEDICAMENTOS: ☒ NÃO ☐ SIM - QUAIS:

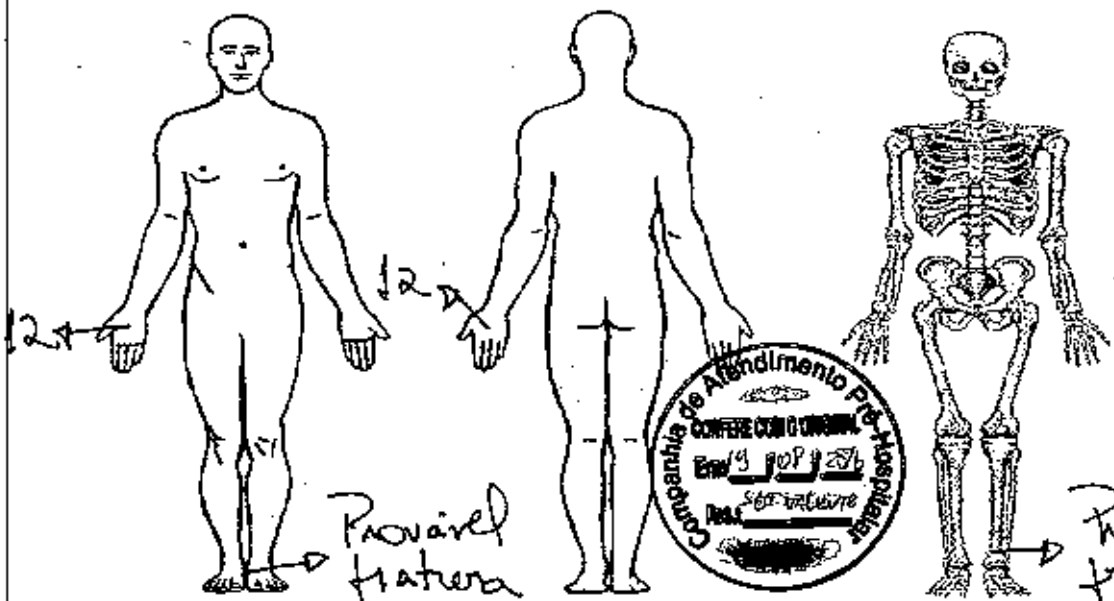
8. CASOS CLÍNICOS

<input type="checkbox"/> Emerg. Cardíaca <input type="checkbox"/> Crise hipertensiva <input type="checkbox"/> Emerg. respiratória <input type="checkbox"/> AVE <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Trabalho de parto <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Suspeita de aborto <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Complicações <input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Outros <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal Aguda	<input type="checkbox"/> Choque anafilático <input type="checkbox"/> Crise convulsiva <input type="checkbox"/> Desmaio/síncope <input type="checkbox"/> Doenças infectocontagiosas <input type="checkbox"/> Emerg. Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Remoção inter-hospitalar <input type="checkbox"/> Remoção casa-hospital <input type="checkbox"/> Outros:
--	---	---	--

9. ORIGEM DO TRAUMA

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Suicídio/tentativa | <input type="checkbox"/> Queimadura - Química | <input type="checkbox"/> Vit. de envenenamento |
| <input type="checkbox"/> Acidente aéreo | <input type="checkbox"/> Ferimento arma branca | <input type="checkbox"/> Queimadura - Térmica | <input type="checkbox"/> Vit. de intoxicação |
| <input type="checkbox"/> Queda - plano elevado | <input type="checkbox"/> Ferimento arma de fogo | <input type="checkbox"/> Acid. com eletricidade | <input type="checkbox"/> Ataque animal |
| <input type="checkbox"/> Queda - própria altura | <input type="checkbox"/> Ferimento penetrante/perf. | <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Acid. animais peçonhentos |
| <input type="checkbox"/> Agressão física | <input type="checkbox"/> Ferimento Avulsão/amput. | <input type="checkbox"/> OVACE | <input type="checkbox"/> Emerg. produtos perigosos |
| <input type="checkbox"/> Agressão sexual | <input type="checkbox"/> Ferimento Esmagamento | <input type="checkbox"/> Vit. de soterramento | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

10. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS



legenda:

- 01 - Fratura
- 02 - Luxação
- 03 - Entorse
- 04 - Ferimento Incisivo
- 05 - Ferimento Lacerante
- 06 - Ferimento Corto-contuso
- 07 - Ferimento perfurante
- 08 - Ferimento penetrante
- 09 - Amputação
- 10 - Avulsão
- 11 - Contusão
- 12 - Escoriações
- 13 - Queimaduras

11. HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Vítima condutora da motocicleta sentada na via, sem capacete e LOTE. relatou não haver perdido consciência com o impacto e que havia retilhado seu capacete. Em nossas análises pudemos observar escoriações em seus MMSS assim como uma provável fratura não exposta com hemorragia em seu MIE. Higienizamos e realizamos hemostasia. Imobilizamos seu membro.

12. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL

- | | | | | |
|---|---|-----------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Carteira de identidade | <input type="checkbox"/> Cartão magnético | Und _____ | <input type="checkbox"/> Capacete | <input checked="" type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> CNH | <input type="checkbox"/> Cheque | Fis _____ | <input type="checkbox"/> Calçado | _____ |
| <input type="checkbox"/> CPF | <input type="checkbox"/> Dinheiro | R\$ _____ | <input type="checkbox"/> Óculos | _____ |
| <input type="checkbox"/> Título de eleitor | <input type="checkbox"/> Jóias | _____ | <input type="checkbox"/> Relógio | _____ |

Aos cuidados de: _____ RG: _____ Telefone: _____

13. UNIDADE DE SAÚDE

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> P.S. Francisco Elesbão | <input type="checkbox"/> Hosp. da Criança Santo Antonio | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> P.A. Ailton Rocha | <input type="checkbox"/> Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré | |
| <input type="checkbox"/> Policlínica Cosme e Silva | <input type="checkbox"/> Hosp. Unimed | |

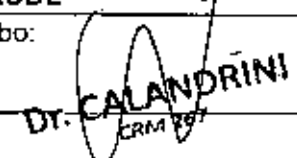
14. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

- ☐ Crítico ☐ Instável ☒ Estável

15. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe: <u>Sgt Beal</u>	Socorrista (s): <u>Sgt Beal</u>	Condutor da VTR: <u>Sd Cardoso</u>	Resp. pelo preenchimento: <u>Sd Gangelista</u>
----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--

16. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE

Assinatura: _____	Carimbo: 
Documento de identidade: _____	
Registro do Conselho (CRM, COREN): _____	



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR



Documentos em formato PDF

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001508/2016-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/02/2016 12:07 Data/Hora Fim: 02/02/2016 12:11
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM SERIE J 066161 Data: 14/01/2016
Delegado da Polícia:

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 14/01/2016 19:00

Local do Fato

Município: Boa Vista
Logradouro: Rua Uraricoera c/ Avenida Getúlio Vargas

Bairro: São Vicente
Nº: s/nº

Ponto de Referência: Não informado
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1195. Acidente de Trânsito auto Lesão	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: ADONIR NASCIMENTO DA CRUZ (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 36
Profissão: Pedreiro Escolaridade: Sem Informação/Ignorado
Estado Civil: Casado(a) Orientação Sexual: Não Informado
Raça/Cor: Sem Informação
Nome da Mãe: Não Informado Nome do Pai: Não Informado

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Uraricoera Nº: 2691
Bairro: São Vicente
Telefone: (95) 99126-4334 (Celular)

Nome: NAZÁRIO SILVERIO DA SILVA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 49
Profissão: Professor Escolaridade: Sem Informação/Ignorado
Estado Civil: Solteiro(a)
Raça/Cor: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Pinto Martins Nº: 1085
Bairro: Aeroporto

Nome: ROP/PM SÉRIE J Nº 066161 (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Boa Vista
Profissão: Policial Militar
Nome da Mãe: Não Informado
Em Serviço: Sim

Endereço

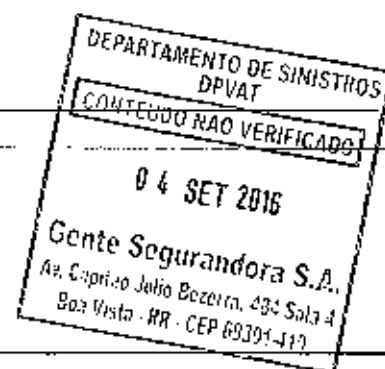
Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

"Nenhum Objeto Informado"

RELATO/HISTÓRICO

Compareceu a este distrito policial guarnição da polícia militar trazendo consigo relatório de ocorrência policial, conforme ROP em anexo, relatando acidente de trânsito na data e endereço supracitados; Que a referida guarnição deparou-se com a ocorrência de acidente de trânsito em que o Sr. Nazário S. da Silva que conduzia uma motocicleta Lander, de cor azul, placa NAL 7742, e que enquanto trafegava na rua Uraricoera, e ao chegar ao cruzamento com a avenida Getúlio Vargas freou bruscamente acionando o freio dianteiro, vindo a derrapar e cair do veículo, ocasionando fratura na perna esquerda; Que o resgate fora acionado e que o referido condutor fora removido ao PSE para procedimentos médicos; Que o Sr. Adonir N. da Cruz testemunhou os fatos e prestou apoio em guardar a motocicleta do condutor em



63

Impresso por: Maricella Sobral da Silva
Data de Impressão: 02/02/2016 12:11
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia Judiciária Eletrônica

sua residência; Que informam que o condutor, bem como a documentação veicular mencionados estavam regulares. É o relato. Que o condutor relata que só caiu porque a rua era de paralelepípedo e os mesmos estavam soltos, vindo ocasionar o acidente; Que o mesmo quebrou a perna esquerda nos dois ossos, e ficou internado por 14 dias no HGR, e passou por uma cirurgia na perna.

ASSINATURAS



Maricélia Sobral da Silva
Responsável pelo Atendimento

Rop/Pm Série J Nº 066161
Comunicante

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

Nazário Silveiro da Silva



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT

"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 001508/2016-A02 1º DP**

A Sr.

NOME: Nazário Silvério da Silva

RG : 54103 SSP/RR, **CPF:** 225304282-04 **SEXO:** Masculino

DATA DE NASCIMENTO: 28/06/1966

ENDEREÇO: Rua Pinto Martins, 1086, Aeroporto

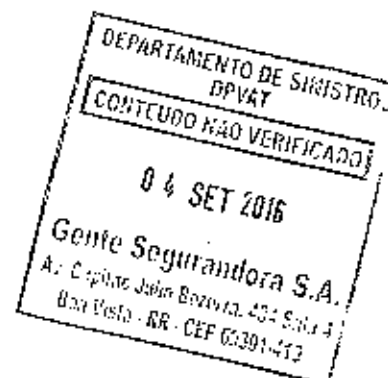
Vem a esta especializada complementar o que segue:

O comunicante informa que os dados do veículo envolvido no referido acidente são: MOTO YAMAHA/XTZ 125E, COR AZUL, PLACA NAL7742, CHASSI 9C6KE1250A0013906. É o Relato.

Boa Vista - RR, 26 de Julho de 2016.


JORGE FERNANDO P. FIGUEIREDO
Agente de Polícia Civil


NAZARIO SILVERIO DA SILVA
Comunicante





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Conforme documento de identificação

Eu, Nazário Silvério da Silva, portador da carteira de identidade nº 01301157230 DETRAN/RR inscrito no CPF/MF sob o nº 225.304.282-04, residente e domiciliado na Rua Pinto

Martins n.º 1086, Cidade Boa Vista, Estado Roraima declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (x) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Nazário Silvério da Silva
Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

Boa Vista - RR 28 de setembro 2016

Local e data



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160613761 - 2**
Nome do(a) Examinado(a): **NAZARIO SILVERIO DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PINTO MARTINS nº 1086 - AEROPORTO - BOA VISTA/RR**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 01301157230**
Data local do exame: **16/12/2016 BOA VISTA/RR**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.-ALTA MÉDICA -EVOLUIU SEM INTERCORRECIAS E NÃO APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☐ SIM ☒ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☒ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR - NAO APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL OU ANATOMICO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Local e data de realização do exame médico legal:

RR - BOA VISTA, 16/12/2016

Médico Perito: FERNANDO JOSE PEREZ DA SILVA GRACA CRM:659/RR


DR. FERNANDO PEREZ
CRM: 659/RR
CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO
MÉDICO LEGAL PERITO MÉDICO

Assinatura do perito Examinador - CRM

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2016

Carta nº: 10052163

A/C: NAZARIO SILVERIO DA SILVA

Sinistro: 3160613761 ASL-1098024/16
Vítima: NAZARIO SILVERIO DA SILVA
Data Acidente: 14/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160613761

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: NAZARIO SILVERIO DA SILVA

Data do acidente: 14/01/2016

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS
ALIANÇA DO BRASIL

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: SEM SEQUELAS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.-ALTA MÉDICA -EVOLUIU SEM INTERCORRECIAS E NÃO APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 16/12/2016

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR - NAO APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL OU ANATOMICO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Médico examinador: FERNANDO JOSE PEREZ DA SILVA GRACA

CRM do médico: 659

UF do CRM do médico: RR

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

CRM do médico: 52.49515-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160613761 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NAZARIO SILVERIO DA SILVA **Data do acidente:** 14/01/2016 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS
ALIANÇA DO BRASIL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/11/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Trauma em MIE.

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





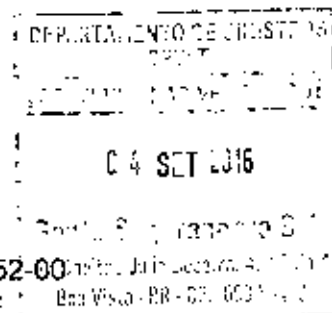
PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: NAZÁRIO SIVÉRIO DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRO.
Profissão: PROFESSOR
Identidade: 54103 CPF: 225.304.282-04
Endereço: RUA: PINTO MARTINS Nº 1086 BAIRRO: AEROPORTO

OUTORGADO:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2732 BAIRRO: LIBERDADE



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 e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima.

NAZÁRIO SILVÉRIO DA SILVA.

CARTÓRIO
LOUREIRO

Boa Vista - RR, 19 de Agosto de 2016

Local e data

Nazário Silvério da Silva

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



Escritório
Cartório Loureiro

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PASSADIA
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

UNIDADE EM TIPO
O IDENTIFICADIA NACIONAL
625684795

NAZARIO SILVERIO DA SILVA

DOCTER DADO ENE RUMSCILIA
94103 ESE BR
CPF 225.304.282-04 DATA NASCIMENTO 28/06/1966
PLUGAO
NAZARIO SILVERIO DA SILVA
JOVENTINA DA SILVA

APRESENTAÇÃO
FOTO
ACC
CAT. PMS
AB

PRESENCIA
01001157230 VALIADE 26/07/2015 17/10/1995

CHIFFRACOS

Nazario Silverio da Silva

DATA
DCA VISTA - RORAIMA DATA EMISSAO 13/03/2013
60552118084
RR206740930

ASSINATURA DO PASSADIA

625684795

Sistema Único de Identificação

NAZARIO SILVERIO DA SILVA

Data Nasc.: 28/06/1966 Sexo: M

705 0042 6622 605

0012

Documentos em posse do titular

Carteira Nacional de Identificação

01 07 2013



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDITE DA SILVA ANDRADE

RG nº 88318 SP/RR data de expedição 04/03/1988

Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 382 346 022 - 68, com domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de RODAÍMA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA PINTO MARTINS, nº 1086, AEROPORTO complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade, na data do acidente ocorrido com a vítima NAZÁRIO S. DA SILVA, cujo o condutor era

NAZÁRIO SILVÉRIO DA SILVA

Veículo:

Modelo: YAMAHA XTZ 125 E

Ano: 2010

Placa: NAL 7742

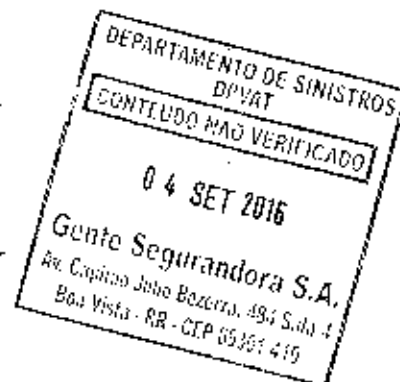
Chassi: 9CGKE1250A0013906

Data do Acidente: 14.01.2016

Local e Data: Boa Vista - RR 28 de julho 2016

CARTÓRIO
LOUREIRO

Edite da Silva Andrade
Assinatura do Declarante



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

CARTÓRIO LOUREIRO
DR. JOZIEL LOUREIRO - TABELÃO E REGISTRO
AVENIDA VILLE ROY, Nº 5653 - CENTRO - BOA VISTA/RR
TEL: (95) 3624-6097

RECONHECO VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
/Coordenador/- EDITE DA SILVA ANDRADE

VSDS Em testemunho 14 da verdade.
Boa Vista, 28 de Julho de 2016. Custas: 1,55

MARIA DE JESUS DE SOUZA ROCHA - Escrevente Autorizada
Escritório Autorizado
Cartório Loureiro

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

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

1600530618	14/01/2016 19:57:11	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-07		11
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário			
NAZARIO SILVERIO DA SILVA	28/06/1966	49 A 6 M 16 D	705004266226050	22530428204	00084360			
Tipo Doc	Documento	Orgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
IDENTIDADE	54103	SSP/RR		M	SOLTEIRO(A)	PARDA	BOA VISTA - RR	
Mãe	Pai		Contato					
JOVENTINA DA SILVA	NAZARENO SILVEIRO		(95) 99124-2752					
Endereço	Ocupação							
RUA - PINTO MARTINS - 1086 - AEROPORTO - BOA VISTA - RR	NÃO INFORMADA							

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				
Sócio	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	RESGATE		LEANDRO		

Queixa Principal ☐ Síndrome Febri ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese da Enfermagem

GSC TOTAL
AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123458

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

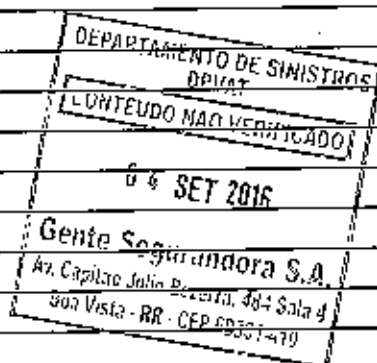
SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

Jean E. Godolha
Mat. 40001351
SAME/HGR



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

AUTENTICAÇÃO

26 SET 2016

Cópia e Colagem para o prontuário
do paciente em tratamento

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

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

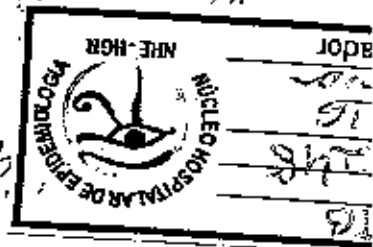
☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico
DR. CARLOS CAM 267

Impresso por: Leandro
Data Hora: 14/01/2016 19:59:59





4/10/116

Wane nlt ault de se, se
da m TN2 (C)

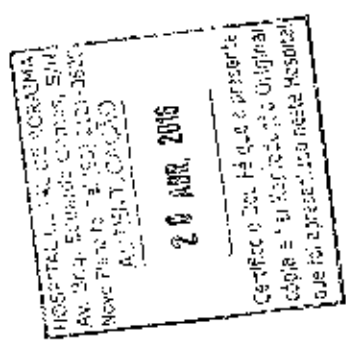
Ab Exa e:

Ab Rx : fctio hndels

CD-I-oligoo tth

- Infenore

Dr. Pedro De Ciquerra
Residente de Ortopedia
CUM 1615





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

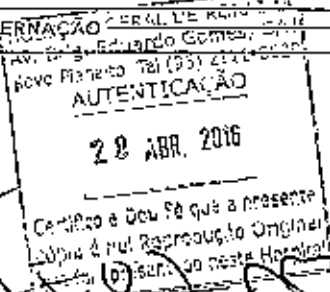
14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS



18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS E 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 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS

() CPF

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

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ EMPRESA

38 - CNAS DA EMPRESA

39 - SÉRIE

40 - CGOR

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() TRAB. SEGURADO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

43 - CDD. ORGÃO EMISSOR

44 - DOCUMENTO

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

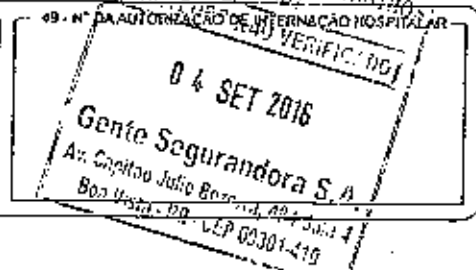
() CNS

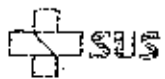
() CPF

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

HOSPITAL GERAL DE NOVO HORIZONTE

AV. BPG. ECUSICA 123456789

NOVO HORIZONTE - RJ

20 ABR. 2016

Certifica-se aqui que o presente
é uma cópia fiel da original
que foi emitida em 20/04/2016

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

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 - CPF

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

38 - EMPREGADO

39 - EMPREGADOR

40 - AUTÔNOMO

41 - DESEMPREGADO

42 - APOSENTADO

43 - DPVAT - VÍCIO DE SEGURANÇA

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

04 SET 2016

Gente Seguradora S.A.
Av. Copacabana, 484 - Sala 4
Barra da Tijuca - RJ - CEP 22070-110

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

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de trânsito com
fratura fechada do TNB @

HOSPITAL REI...
Av. Brig. Eduardo Gonçalves...
Novo Planalto Tel (031) 2121-0000
ALICENCIAMENTO

20 MAR. 2016

Certifico e Declaro que o presente
laudo é verdadeiro e correto.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO Cirúrgico

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

EF + Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura fechada do TNB @

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Intervenção

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNB

() CPF

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)

Dr. Carlos / Dr. Patrícia

14/01/16

Dr. Roberto Di Giovanni
Residente
CRM 1615

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

() CNB

() CPF

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CDOR

39 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORÇÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

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

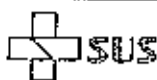
() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

DEPARTAMENTO DE...
DP (A) INADSEGURO
04 SET 2016
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 401 - Sala 101
Bom Vista - RR - CEP 69001-100



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de trânsito com fratura bilateral do TNE (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NO Cirúrgico

HOSPITAL GERAL DE APODIÁCATA
Av. Brig. Eduardo Góes, 100
Inova Parque, Apodiácatá, RN

AUTENTICAÇÃO

20 ABR, 2016

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

EF + Rx

Este documento é uma cópia e não representa o original que foi apresentado para fins de autenticação.

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura bilateral do TNE (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº DO BOMBE

36 - SÉRIE

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNAE

40 - CBO

41 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

44 - EMPREGADOR

45 - AUTÔNOMO

46 - DESEMPREGADO

47 - APOSENTADO

AUTORIZAÇÃO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - DOCUMENTO

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

52 - CNS

53 - CPF

54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

56 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 401 - Sala 101
Boa Vista - RR - CEP 69200-000



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
LAUDO

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

Paciente Margarito Silveira do L. L. anos;

Deu entrada no HGR dia 11/1/16 com diagnóstico
fratura de tornozelo F

No dia 06/1/16 foi submetido à cirurgia de
crisscross do tornozelo F

Sendo operado pelo Dr. Alberto Ferreira

Manteve-se sob uso de antibioticoterapia + AINE + analgesia

Apresenta melhora do quadro, em bom estado geral sem queixas no momento, LOTE, normocardio, eupneico, normotenso. FO com boa evolução.

Recebe alta hoje

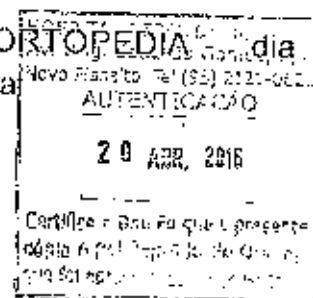
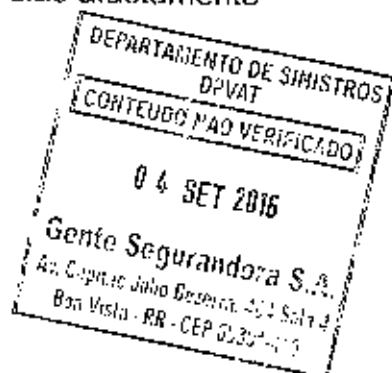
Encaminhamento para ambulatório do HCM/ORTOPEDIA dia
16/3/16 às 13h terça-feira com Dr. Alberto Ferreira

Alta com rx de controle, laudo, receita, orientações gerais

ATESTADO, ao perito sugiro 30 dias afastamento

CID:

Boa Vista-RR 27/1/16



Ernane Bruno R. Coelho
Médico
CRM-RR 2732

ALTA



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 12/01/2016 DIH 16 DN 05/06/1994

PACIENTE NAZARIO SILVERIO

DIAGNÓSTICO TNZ

ALERGIAS

IDADE

49

HAS

LEITO

120-1

DM2

DATA

27/01/2016

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

SF 0,9% 500ML EV EM 24 HS

3

CEFALOTINA 1G EV 6/6H

4

SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H

5

NIMESULIDA 100MG VO 12/12H

6

DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H S/N

7

TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU D1 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

8

PLASIU 10 mg EV 8/8h (S/N)

9

SE FALTAR ITEM 10 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJU

10

RANITIDINA 50MG EV 8/8H

11

CAPTÓPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

13

CURATIVO DIÁRIO

14

SSVV + CCGG 6/6 H

15

METRONIDAZOL 500MG EV 8/8HS

16

Alta hospitalar

17

18

19

20

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO-SE SEM PROBLEMAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, TÓRAX EUPNEICO, NORMOCORADO, SINAIS VITAIS ESTÁVEIS.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
04 SET 2016
Gente Seguradora S.A.
Av. Dr. João Batista, 404 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69304-311

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gama nº 100
Boa Vista - RR - CEP 69304-311
28 ABR 2016
Certifico a Boa Fé que a presente
cópia é verdadeira e fiel ao original
assinado pelo médico responsável.

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

ERNANE BRUNO RODRIGUES COELHO
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
CRM 1732-RR



05/06/1994

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, PNEUMICO, N

HIDRATADO.00L

II SOLICITADO :

CONDOTTA :

II PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

DEPARTAMENTO DE REGISTRO E IDENTIFICACAO
ERICO, ALEBRINTO DE SIEMENS
DPVAT
CONTEUDO NA VERIFICACAO
04 SET 2016
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitao Julio Gezeira, 485 Sudo J
Boa Vista - RR - CEP 69350-110

CERTIFICADO

Nº _____
ANO ____ ENG. JOSÉ CARLOS DA SILVA
NOVO PLANETA TELECOMUNICAÇÕES LTDA.
AUTOMATIZADO

09 MAR 2018

Certifico e Dou por que o presente é uma cópia fiel do original.

Engenheiro Responsável

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110 x 80	79	-	-
12 H	120 x 80	72	-	35.8 °C
18 H				
24 H				

ERIANE BRUNO RODRIGUES COELHO
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.
CRM 1732-RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: NAZARIO SILVEIRA LEITO: 120-1

DIAGNÓSTICO: _____ DATA: 26/01/16

ITEM	DESCRIÇÃO	HORARIO																													
1	Dieta oral livre	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	12 - 24																													
3	Cefalotina 1g 1amp + AD (EV) 6/6h	12 - 18 - 24 - 06																													
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	10 - 22																													
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	06																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																													
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	12 - 18 - 24 - 06																													
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	14 - 22 - 06																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 100 mmHg	S/N																													
10.	Glicemia capilar () Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																													
<table><tr><th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ml EV + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr></table>		GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ml EV + AVISAR AO PLANTONISTA	<table><tr><th></th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr><tr><td>12:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td></td><td></td></tr></table>		GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00			24:00			06:00		
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 ml EV + AVISAR AO PLANTONISTA																														
	GLICEMIA	I.R.																													
12:00																															
18:00																															
24:00																															
06:00																															
11.	Curativo diário 1x ao dia	M																													
12.	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA																													
13.																															
14.																															
15.																															
16.																															

Evolução Médica:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DP/RT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
04 SET 2016
Sento Seguradora S. C.
Av. Capitan João Bezerra, 434 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 59301-410

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Rua Dr. Eduardo Guirao, 574
Nova Fátima - Tel (68) 2121-0020
AUTENTICAÇÃO
22 SET 2016
Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original e que foi autenticada nesta data.

SINAIS VITAIS

	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00				
18:00				
24:00				
06:00				

NAZÁRIO SILVINO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data 26/03/16 O.S.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENDO NAO VERIFICADO
04 SET 2016
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 494 Sala 4
Bom Jesus, RR - CEP 55301-410

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Dr. Max Souto Mator

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

NÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ABSESSO + ABSCESSO

- COMUMS GÊNERAIS

- ALESSOUREMOZ RIGURO

- ABSESSO PI RAVOS VERLWOTTA

- DEOUVO RMOUOS + LOLLOLO PLALO

- EDLO DE GOND OB RMOUS + RABOFEUSO

- SIMDESUOS

- ALESSO VEO MUXÉLOLO

- ABELUOD RELIOD SVS

- ALESSO R RMOUOS

- DEOUVO + RMOUOS 2 RABOFEUSO

- RABOFEUSO

- SVTMOZ + LV MOUOIRO CTRMO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Roraima, 1000 - Boa Vista
66060-000 - RORAIMA
AUTENTICAÇÃO
20 ABR 2016
Certifico e Douo qd esta é uma cópia fiel da original que foi apresentada para fins de autenticação.

Dr. Alberto Ferreira de Souza
Médico Ortopedista Traumatologista
CRM 1817
Título Especialista 12000

Dr. Max Souto Mator
Ortopedista Traumatologista
Médico do Trabalho
CRM 695 - RR

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Nazário Silvério de Silva
Cirurgião Responsável Dr. Alberto

ENTRADA EM SALA DE OPERAÇÃO

☒ PACIENTE CONFIRMOU

- ☐ Identidade
- ☐ Sítio Cirúrgico
- ☐ Procedimento
- ☐ Consentimento

☒ RISCO CIRÚRGICO

- ☐ Aplica
- ☒ Não se Aplica

☒ SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ MONITORAMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não ☐ Sim, se equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

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

Data 20/05/15 Assinatura e Carimbo [Assinatura] Hora: 10:00

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Dr. Eudes + Dr. Rogério

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

☒ CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☐ Identificação do paciente
- ☐ Sítio cirúrgico
- ☐ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS

☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Sim ☒ Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☐ Sim ☒ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SÁIDA (Sala Operatória)

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

☐ O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

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

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

☐ SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

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

Assinatura e Carimbo

UNIDADE: HGR
NOME: NAZÁRIO S. LUGAS
IDADE: 49 REGISTRO: _____
BLOCO: A ENFERMARIA: ORTOPÉDICO LEITO: 120-01
UTI: _____ EMERGÊNCIA: _____

DE: ORTOPÉDICA

PARA: CONDIOLOGIA

Dados Clínicos:

SOLICITAÇÃO RSC CONDIOLOGIA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bríg. Eduardo Gomes, 511
Novo Planalto - Tel (68) 3123-0000
AUTENTICAÇÃO

20 ABR. 2016

Certifico e Dou Fé que o presente
cópia é fiel reprodução da original
que foi apresentada para análise.

Data

GRATO,
Dr. Hugo Andrade
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 17466

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DE VITA

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2016

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão João Buzerra, 424 Sala 4
Bar Vista - RR - CEP 69301-410

Re: Ofício

Urgo HAS e DM

Re: 18/08/2016/HGR Hugo Grato

Ma. 27 - FUR

CA: 18/08/2016 e andamento pelo
como direito.

18/01/16
Data

Assinatura do Médico

Ass. Direção de Gestão
CRM-RR 17466



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRUR

NOME DO PACIENTE		APTº DO LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Nazário Silveiro da Silva		126-01	NT	26 Jan 11
CIRURGIA				
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO	
Osteos. de Fract. de Tornoz. (E)			INÍCIO	FIM
			20:20	21:00
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO		ANESTESISTA		
Dr. Alberto		Dr. Eudes + Dr. Rogério		
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		
Dr. Max				
2º AUXILIAR		CIRCULANTE		
		Irene, Li, Zomara		
TIPO DE ANESTESIA				
Raguel				
TEMPO DE DURAÇÃO				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	MEDICAMENTOS
1	Agulha P1 n° 27		1	HORAS DE OXIGÊNIO 2 l/min
	CATGUT SIMPLES N°		1	FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO 500
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCO SORO
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCO SORO GLICOSADO %cc
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSA %cc
	CATGUT CROMADO N°			XILOCAÍNA %cc
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO		1	FLAXIDE Escore P1 Degradável uso
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO		1	ELUOTAME Lura P1 Procedimento tipo
	FIOS DE SEDA N°		1	ENTERANE GOMRO 1 MODO dos
	FIOS DE ALGODÃO N°		1	EMERANE ATAdura Cresom 200
7	MONONYLON COM AGULHA 2-0		1	ETER Newcarine AMP.
	MONONYLON SEM AGULHA			ATROPINA
1	UNIDADES DE GAZE pet			PROSTGMINE
1	PARES DE LUVAS N° 7.5/8.0			THIONEMBUTA
0,5	EQUIPOS PARA SORO Macro-60Tos		1	MARCINA Agulhas P1 raguel
	ROLOS DE ESPARADRAPO 1cm		1	INOVA Akua 1
	DRENOS N°			GLICOSE %
	SONDAS N°			ÁGUA OXIGENADA
1	AGULHAS 25x7, 40x12			MERTHIOLATE
1	COMPRESSAS pctc/3			MERCÚRIO CROMO
7	LÂMINAS PARA BISTURI N° 20		1	cateter 8
			200ml	Eutro dos
				POV. Dig.
SOMA				SOMA
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Jean	SUB-TOTAL		
FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS	FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO	TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE				

FICHA DE ANESTESIA

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

20/04/2016 14:00

26/01/16

1800

15 30 45 60 75 90 105 120 135 150 165 180 195 210 225 240

20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 130 140 150 160 170 180 190 200 210 220 230 240

AGENTES

QUÍMICOS

DA

X

ULSO

OP

Q

TEMP

ASPIR.

A

RUSP

O

EXPIRI

Aspi

Contro

SINTESES

20

30

40

50

60

70

80

90

100

110

120

130

140

150

160

170

180

190

200

210

220

230

240

250

260

270

280

290

300

310

320

330

340

350

360

370

380

390

400

410

420

430

440

450

460

470

480

490

500

510

520

530

540

550

560

570

580

590

600

610

620

630

640

650

660

670

680

690

700

710

720

730

740

750

760

770

780

790

800

810

820

830

840

850

860

870

880

890

900

910

920

930

940

950

960

970

980

990

1000

1010

1020

1030

1040

1050

1060

1070

1080

1090

1100

1110

1120

1130

1140

1150

1160

1170

1180

1190

1200

1210

1220

1230

1240

1250

1260

1270

1280

1290

1300

1310

1320

1330

1340

1350

1360

1370

1380

1390

1400

1410

1420

1430

1440

1450

1460

1470

1480

1490

1500

1510

1520

1530

1540

1550

1560

1570

1580

1590

1600

1610

1620

1630

1640

1650

1660

1670

1680

1690

1700

1710

1720

1730

1740

1750

1760

1770

1780

1790

1800

1810

1820

1830

1840

1850

1860

1870

1880

1890

1900

1910

1920

1930

1940

1950

1960

1970

1980

1990

2000

2010

2020

2030

2040

2050

2060

2070

2080

2090

2100

2110

2120

2130

2140

2150

2160

2170

2180

2190

2200

2210

2220

2230

2240

2250

2260

2270

2280

2290

2300

2310

2320

2330

2340

2350

2360

2370

2380

2390

2400

2410

2420

2430

2440

2450

2460

2470

2480

2490

2500

2510

2520

2530

2540

2550

2560

2570

2580

2590

2600

2610

2620

2630

2640

2650

2660

2670

2680

2690

2700

2710

2720

2730

2740

2750

2760

2770

2780

2790

2800

2810

2820

2830

2840

2850

2860

2870

2880

2890

2900

2910

2920

2930

2940

2950

2960

2970

2980

2990

3000

3010

3020

3030

3040

3050

3060

3070

3080

3090

3100

3110

3120

3130

3140

3150

3160

3170

3180

3190

3200

3210

3220

3230

3240

3250

3260

3270

3280

3290

3300

3310

3320

3330

3340

3350

3360

3370

3380

3390

3400

3410

3420

3430

3440

3450

3460

3470

3480

3490

3500

3510

3520

3530

3540

3550

3560

3570

3580

3590

3600

3610

3620

3630

3640

3650

3660

3670

3680

3690

3700

3710

3720

3730

3740

3750

3760

3770

3780

3790

3800

3810

3820

3830

3840

3850

3860

3870

3880

3890

3900

3910

3920

3930

3940

3950

3960

3970

3980

3990

4000

4010

4020

4030

4040

4050

4060

4070

4080

4090

4100

4110

4120

4130

4140

4150

4160

4170

4180

4190

4200

4210

4220

4230

4240

4250

4260

4270

4280

4290

4300

4310

4320

<

The Negroes

Eudes Marques P. Filho
Médico
CRM 690-RR

04 SET 2016
Sente Seguradora S.A.
Av. C. de J. de Souza, 11, S. 14
500-0-11 - RR - CEP 55000-000

③ $\text{H}_2\text{SO}_4 + \text{NaOH} \rightarrow \text{Na}_2\text{SO}_4 + \text{H}_2\text{O}$



NOME: Nazario Silveiro da Silva

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		TRANSOPERATÓRIO					SRPA		Sinais Vitais				
Data:	Idade:	Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída i.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	T	P	PA	SP02	
26/01/16	49	19:50	20:20	20:05	21:00	21:10	Cat. fúlex temporale e	do qm	1'h	87	120/80	94	
Chegada:		Cirurgia Realizada		Anestesia		Posicionamento		Localização					
{ } Emergência { } U.T.I. 1		Osteos. de Frat. de TORÇÃO (E)		Raque		Dorsal							
{ } Internação { } U.T.I. 2		Hidratação Infundida		Antibiótico-Terapia		Hemoderivados							
{ } Outros:		SF a 0,9%: 1000ml		Nome:		CH:							
Cirurgia Proposta:		SG a 10%:		Dose:		Plasma:							
1. Informações:		Outros:		Plaquetas:		Anatomo Patológico:							
{ } Jejum { } Pré-anestésico		Nº de compressas oferecidas:		Nº de compressas recolhidas:		{ } Não							
{ } Jéias { } Introcath		Sinais Vitais:		T: 36,5 °C		P: 89 bpm							
{ } Banho { } Sangue		SAT: 100 %		R: 70 rpm		Nº peças:							
{ } Alegria { } Cardíopata		{ } Regular		{ } Irregular		{ } Cultura							
{ } Exames { } Asmático		FC: 79 bpm		PA: 116 x 74 mmHg		{ } Outros:							
{ } Outros:													
2. Estado Emocional/ Mental		Exames na SO: { } Ht		{ } Hb		{ } Hemograma							
{ } Choro { } Sonolento		{ } Outros:											
{ } Agitado													
{ } Outros:													
3. Sinais Vitais:		Legenda											
T: 36,5 °C		1. Eletrodos											
P: 89 bpm		2. Oxímetro											
FC: 79 bpm		3. PVC											
SAT: 100 %		4. Placa de Bisturi											
{ } Regular { } Irregular		5. Incisão											
		6. Cateter											
		7. Vendelise											
		8. Dreno											
		9. SNG											
		10. Falsa de Smarch											
		11. Outros:											
4. Condições da Pele:													
{ } PAB { } Ferimento													
{ } FAF { } Queimado													
{ } Dor { } Hematoma													
{ } Frio { } Contusão													
{ } Edema { } Deformidade													
{ } Avulsão { } Amputação													
{ } Abrasão { } Frat. Exposta													
Destino: { } SRPA { } UTI { } Outros:													
Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COOPENURE - AM/2005													
Ass.: Jeane Votoloni													
Cirurgia realizada pelos Enfermeiros HGR-PAAR-PSFE-RR/2015													



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		12/01/2016		DIH	15	DN	05/06/1994
PACIENTE	NAZARIO SILVERIO						
DIAGNÓSTICO	TNZ						
ALERGIAS							
IDADE	49	HAS		DM2			
		LEITO	120-1	DATA	26/01/2016		
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						SNB
2	SF 0,9% 500ML EV EM 24 HS						18/
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H						12/ 18/ 24 06
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H						-
5	NIMESULIDA 100MG VO 12/12H						SUSP
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H S/N						SN
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA						SN
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						SN
9	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM						06
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H						SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						SN
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						SN
13	CURATIVO DIÁRIO						SN
14	SSVV + CCGG 6/6 H						Rotina
15	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8HS						22 06
16							
17							
18							
19							
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NÓRMOCORADO.

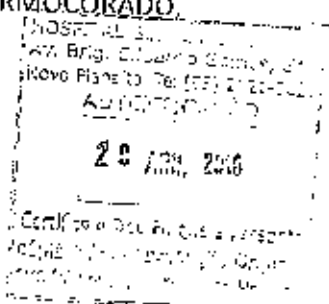
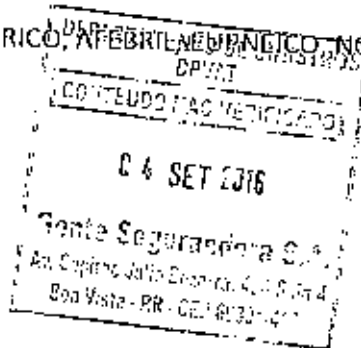
HIDRATADO. OOL

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO



SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	139x92	90	-	36°C
18 H				
24 H				

ERNANE BRUNO RODRIGUES COELHO
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.
CRM 1732-RR



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2016

ENF/LEITO: J20-1

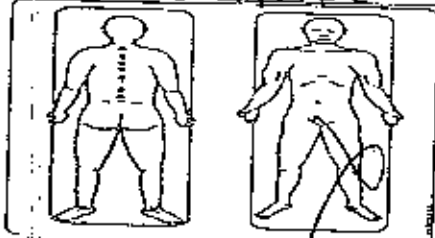
Nome: Nazario S. da Silva

DATA: 26.01.16

☒ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região: mtf

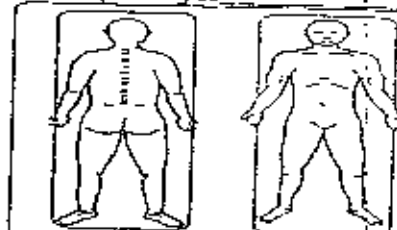


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serosanguíneo

Dor:

☐ Sim ☒ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele

Perifoneal:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☒ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária

(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☒ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:

Em caso de + de 24hs

Diário

Carimbo e ass.

ec. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura

do Enfermeiro

01- Duane 02- Lizandra

OBS:

OBS:

DEPARTAMENTO DE REGISTROS
OPJAT
CONTROLEADO VERIFICADO

26 SET 2016

Patro Seguradora S.A.
Av. ...
Bom ...

HOSPITAL GERAL DE RIO BRANCO
Av. ...
Fone: ...

26 ABR 2016

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

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



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		12/01/2016	DIH	10	DN	05/06/1994
PACIENTE	NAZARIO SILVERIO					
DIAGNÓSTICO	TNZ					
ALERGIAS						
IDADE	49	HAS		DM2		
LEITO	120-1	DATA	21/01/2016			
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SN
2	SF 0.9% 500ML EV EM 24 HS					SN
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H					SN
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H					SN
5	NIMESULIDA 100MG VO 12/12H					SUSP
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H S/N					SN
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					SN
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN
9	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM					SN
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H					SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SN
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SN
13	CURATIVO DIÁRIO					Rotina
14	SSVV + CCGG 6/6 H					
15	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8HS					
16						
17						
18						
19						
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

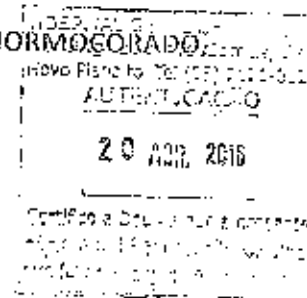
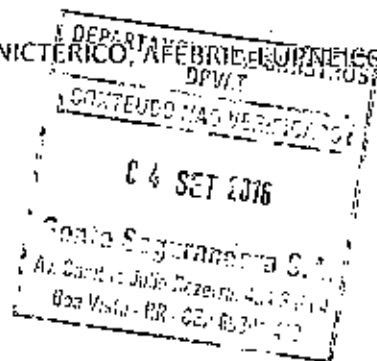
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, OOL

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO



SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	130x90	77		36°C
18 H	147x79	90	-	36.3°C
24 H	120x90	92		36.7

ERNANE BRUNO RODRIGUES COELHO
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA
CRM 1182-RR



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



PRESCRIÇÃO MEDICA

DATA DE ADMISSÃO

12/01/2016

DIH

9

DN

05/06/1994

PACIENTE

NAZARIO SILVERIO

DIAGNÓSTICO

TNZ

ALERGIAS

IDADE

49

HAS

DM2

ITEM

LEITO

120-1

DATA

20/01/2016

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

SF 0,9% 500ML EV EM 24 HS

3

CEFALOTINA 1G EV 8/6H

4

SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H

5

NIMESULIDA 100MG VO 12/12H

6

DIPIRONA 1 AMP EV 8/6H S/N

7

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

8

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

9

OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM

10

SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H

11

CAPTÓPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

13

CURATIVO DIÁRIO

14

SSV + CCGG 6/6 H

15

METRONIDAZOL 500MG EV 8/8HS

16

17

18

19

20

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

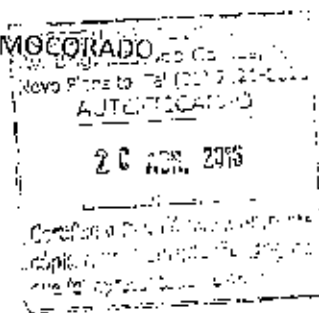
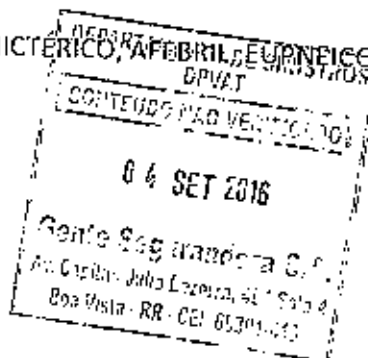
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, DEU PNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. OOL

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO



SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H	130X91	83		
24 H	130/80	80		

ERNANE BRUNO RODRIGUES COELHO
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.
CRM 1732-RR

ERNANE BRUNO RODRIGUES COELHO
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.
CRM 1732-RR



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	12/01/2016	DIH	7	DN	05/06/1994
PACIENTE	NAZARIO SILVERIO				
DIAGNÓSTICO	TNZ				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	49	LEITO	120-1	DATA	18/01/2016
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SUB
2	SF 0,9% 500ML EV EM 24 HS				12h
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12h 18h 24h 06h
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				
5	NIMESULIDA 100MG VO 12/12H				SUSP
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H S/N				SN
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
9	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM				06h
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
13	CURATIVO DIÁRIO				Retina
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8HS				14h 22h 06h
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEIRIDO, PULSO VELOCIDADE, NORMOCÓRADO

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA




PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 04 SET 2016
 Roraima, 04 de Setembro de 2016
 Dr. Ernane Bruno Rodrigues Coelho
 CRM 1732-RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Brig. Faria Lima, 100
 69000-000 - Boa Vista - RR
 26 JUN 2016
 Carilene e Priscila
 Equipe de Enfermagem

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	110/90	76			
18 H					
24 H	119/92	78			

ERNANE BRUNO RODRIGUES COELHO
 MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.
 CRM 1732-RR

		PI SEC SERVIC		GERAL DE RORAIMA DE SAÚDE DE RORAIMA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRIOÇÃO MÉDICA		 	
DATA DE ADMISSÃO		12/01/2016		DIH		5	
PACIENTE		NAZAR O SIB		DN		05/06/1994	
DIAGNÓSTICO		TNZ					
ALERGIAS							
IDADE		21		HAS		DM2	
1.1.1				LEITO		120-1	
				DATA		16/01/2016	
				PRESCRIÇÃO		HORÁRIO	
1		DIETA ORAL L				manhã	
2		SF 0,1% 500ML				SP0118	
3		CEFAZOLINA				12-18-24-08	
4		SE FARMACIA		NAZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H			
5		NEOMEDICA		12/12H		SUSP	
6		DIPLODIA 1A		S/N		S/N	
7		TRAVAL 100M		9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		S/N	
8		PLASIN 10 mg		1X/DIA EM JEJUM		S/N	
9		CANTARAZOL		1X/DIA EM JEJUM		S/N	
10		SE FARMACIA		PAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H		S/N	
11		CAPSULAS 20		PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		S/N	
12		SINTOMATICA		OTAS VO DE 8/8 h (S/N)		S/N	
13		CANTARAZOL				Quarta	
14		CANTARAZOL				Quinta	
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							
41							
42							
43							
44							
45							
46							
47							
48							
49							
50							
51							
52							
53							
54							
55							
56							
57							
58							
59							
60							
61							
62							
63							
64							
65							
66							
67							
68							
69							
70							
71							
72							
73							
74							
75							
76							
77							
78							
79							
80							
81							
82							
83							
84							
85							
86							
87							
88							
89							
90							
91							
92							
93							
94							
95							
96							
97							
98							
99							
100							

A(120-1)

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Prescrição Médica Diária

Leitor: _____

Paciente: MAZARIO S. da SILVA

Médicos Responsáveis: _____

HD: _____

Data: 15/01/2016

Item	Prescrição	Horário
01	DIETA ORAL LIVRE	SND
02	SCALP SALINIZADO	manter
03	TILATIL 20MG EV 12/12H	22-10
04	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	24-06-12-18
05	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H	24-06-12-18
06	PLASIL 1 AMP EV 8/8H S/N	SND
07	OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA	SND
08	TRAMAL 100MG +SF 0,9% 100ML EV 8/8 (S/N)	SND
09	CAPTOPRIL 25MG 1 COMP VO se PA>160X100MHG	Atencão
10	CURATIVO DIÁRIO	
11	CCGG +SSVV 6/6 H	13:16:10
		PA: 125 X 78
		PC: 88
		18ms 5344 X 82
		φ 79
		1362
		244 120 X 60 289
		06 110 X 70 P 85



Nome:

Nazario Silveira

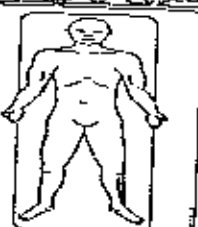
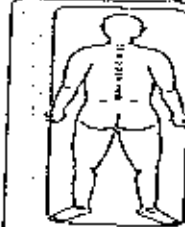
DATA: 16/01/16

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região

MJE (exatidão)

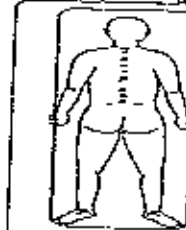


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com esclero
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☒ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele

Perifoneal:

☒ Normal ☒ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☒ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária

(Contato direto na lesão)

☐ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:

Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.

em Enfermagem

Carimbo e Assinatura

do Enfermeiro

01-

Carla Soares

02-

Helena

01-

PROJ. DE CURA

02-

OBS:

OBS:



Resultado de Exames

Paciente: NAZARIO SILVERIO DA SILVA

Requisição: 20000971

Origem: HGR

Setor: GT

Leito: VERDE I

Sexo: M Nasc: 28/06/1966 Idade: 49A

Coleta: 15/01/2016 04:47:29

Emissão: 15/01/2016 09:29:54

Hemograma com contagem de plaquetas

Material: Sangue Total

Método: Automatizado Mindray BC-5380

Leucograma

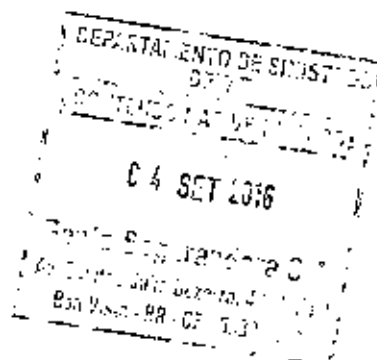
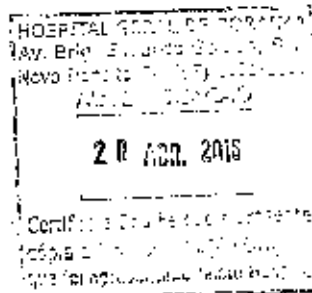
			Referência
LEUCOCITOS	10,33	$\times 10^3/\mu\text{L}$	4.00 - 10.00
NEUTROFILOS	77,00	%	50.0 - 70.0
LINFOCITOS	11,70	%	20.0 - 40.0
MONOCITOS	9,40	%	3.0 - 12.0
EOSINOFILOS	1,60	%	0.5 - 5.0
BASOFILOS	0,30	%	0.0 - 1.0

Eritrograma

			Referência
ERITROCITOS	4,61	$\times 10^6/\mu\text{L}$	3.50 - 5.50
HEMOGLOBINA	14,10	g/dL	11.0 - 16.0
HEMATOCRITO	42,40	%	37.0 - 54.0
VCM	92,00	ug/mL	80.0 - 100.0
HCM	30,60	pg	27.0 - 34.0
CHCM	33,20	g/dL	32.0 - 36.0
RDW CV	11,80	%	11.0 - 16.0
RDW SD	51,60	fL	35.0 - 56.0

Plaquetograma

			Referência
PLAQUETAS	181,00	$\times 10^3/\mu\text{L}$	150 - 450
VPM	9,10	fL	6.5 - 12.0
ADP	16,40	%	9.0 - 17.0
PCT	0,165	%	1.08 - 2.82



Elzenira Alves Teixeira
Farmacêutica Bioquímica
CRF-RR 526

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Prescrição Médica Diária

Leitor: _____

Paciente: Nazario Silverio da Silva

Médicos Responsáveis: _____

HD: _____

Date: 14 / 01 / 2016

Item	Prescrição	Horário
01	DIETA ORAL LIVRE	S.W.D
02	SCALP SALINIZADO	manter ferido
03	TILATIL 20MG EV 12/12H	22-10°
04	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	22-09-10-16
05	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H	22-06-12-18
06	PLASIL 1 AMP EV 8/8H S/N	Su
07	OMEPPRAZOL 20MG EV 1 X DIA	plb
08	TRAMAL 100MG +SF 0,9% 100ML EV 8/8 (S/N)	Su
09	CAPTOPRIL 25MG 1 COMP VO se PA>160X100MHG	Kercon
10	CURATIVO DIÁRIO	
11	CCGG +SSVV 6/6 H	
12	Metronidazol 500mg EV 8/8H	22-08-16
13	Gentomicina 200mg EV 1x/dia	Dr. Pedro D. Grava Residente de Ortopedia CRM 1615

06:00 hrs - 334/98 P. 205.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Comprovação de residência

Eu, Nazário Silveiro da SilvaRG nº 01301157230, data de expedição 13/03/13, Órgão Detran/RR

CPF nº 225.304.282-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Pinto Martins</u>	<table border="1"><tr><td>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DIPST</td></tr><tr><td>CONTUDO NÃO VERIFICADO</td></tr><tr><td>04 SET 2016</td></tr><tr><td>Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Ladeira, 421 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410</td></tr></table>	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DIPST	CONTUDO NÃO VERIFICADO	04 SET 2016	Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Ladeira, 421 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DIPST						
CONTUDO NÃO VERIFICADO						
04 SET 2016						
Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Ladeira, 421 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410						
Número	<u>1086</u>					
Apto / Complemento	<u>Casa</u>					
Bairro	<u>Aeroporto</u>					
Cidade	<u>Boa Vista</u>					
Estado	<u>Roraima</u>					
CEP	<u>69.310-090</u>					
Telefone de Contato	<u>(95)99117-5392</u>					
E-mail	<u>videlboavista.pendencia@hotmail.com</u>					

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Boa Vista - RR 28 de Setembro 2016Assinatura do Declarante: Nazário Silveiro da Silva



Eletrobras Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Eça Garcia, 591 - Centro - Boa Vista - RS
CNPJ: 02.541.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal: 1 - Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto de Renda instituído pela Lei nº 9.250/96

Para contato com o
Eletrobras informe
esse NÚMERO

32172-9

000019126

Nº da Nota Fiscal

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.439 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO (kWh) 453 TOTAL (R\$) 283,02

SETEMBRO/2016 20/10/2016

EDITE DA SILVA ANDRADE
R. PINTO MARTINS 1086 AEROPORTO
CPF: 00033234602268
CEP: 69.310-090 - BOA VISTA

ROT: 26.001.14.09.126000

Uso da Unidade	23506
Abast.	23053
Anterior	1,000
Consumo de Multiplicação	453
Consumo Medido	453
Consumo Faturado	453
Forma de Faturamento	NORMAL
Forma de Potência	FCAM

Abast.	12/09/2016
Anterior	11/08/2016
Próxima Leitura	12/10/2016
Emissão	12/09/2016
Apresentação	12/09/2016
Dias de Consumo	32

Forma de Faturamento	NORMAL
Forma de Potência	FCAM
Dados da Unidade Consumidora	
Endereço	Boa Vista
Número Medidor	01524923
Código Pó	1.1.1.2
Medida 12 meses	429

Consumo	453 A R\$ 0,463527 = 209,97
RELIÇÃO DE URGÊNCIA	51,00
CORREÇÃO MONETARIA DA 06/16-00	0,10
CORREÇÃO MONETARIA IG 06/16-00	1,55
MULTA POR ATRASO DE 1 06/16-00	0,87
JUROS DE MORA POR ATR 06/16-00	0,23
MULTA POR ATRASO 06/16-00	2,72
JUROS DE MORA DE IMPO 06/16-00	2,18
ILUMINAÇÃO PÚBLICA	14,40

TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÍDIO 41,52% RESOLUÇÃO ANEEL Nº 1.579
DE 27.10.15. CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA
FATURA (LBY), PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENT.
EXCETO A CIDADANIA, NÃO VENDA SEU VOTO
EQUIP. 00007019126 É PACA. OPÇÃO VENCIMENTO 1 6.11.16 21.26
Parabéns! Até o dia 02/09/2016, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora

RESERVADO AO FISCO 3808.44E5.8019: C107.949E.88A5.3936.CFA2

COMPOSIÇÃO DA CONTRA - R\$	
Energia	82,55
Transmissão	0,00
Distribuição	11,67
Outros	35,69

IMPOSTOS/RENTES	
Base de Cálculo	209,97
Alíquota ICMS	17,00%
Valor de ICMS	35,69
Valor de FIP	0,00
Valor de CONTRA	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE					DIC	DIC
Mensal	Trimestral	Anual	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
5,67	11,34	22,69	4,35	8,71	17,42	3,29
2,52		6,00				0,75
					67/2016	39,90

DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO
FISCAL
24 SET 2016
GAB. FISC. RORAIMA
FISC. RORAIMA - PP - CC - S. P.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu **DENILZE CORREA DANTAS**

CNH Nº 04953412311 Data de expedição 25/08/2014 Órgão DETRAN/RR,

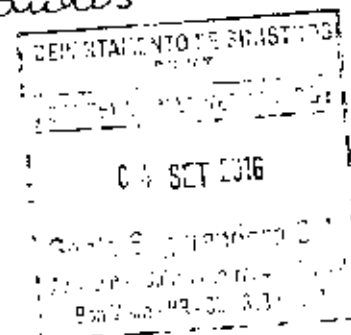
CPF nº: 792.657.152-00 venho perante a este instrumento declarar que não possui comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	AV GENERAL ATAIDE TEIVE
Número	2732
Apto / Complemento	
Bairro	LIBERDADE
Cidade	BOA VISTA
Estado	RORAIMA
CEP	69.309-000
Telefone de Contato	(95)99117-5392
E-mail	liderbaavista.pendencia@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

BOA VISTA/RR 19/08/16
Assinatura do Declarante:

Denilze Correa Dantas





Distribuição Roraima

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 207585

MARLON TAVARES DANTAS

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2732,

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 196991	MÊS 07/2016	PERÍODO DE CONSUMO 23-JUN-16 a 25-JUL-16
CONSUMO (kWh) 716	VENCIMENTO 10-AUG-16	TOTAL A PAGAR R\$ 275,73

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDRR: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



Eletrobras

Distribuição Roraima

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 196991	MÊS 07/2016	TOTAL A PAGAR R\$ 275,73
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836800000025.757300750002.000000000190.699107160052

